



IPG

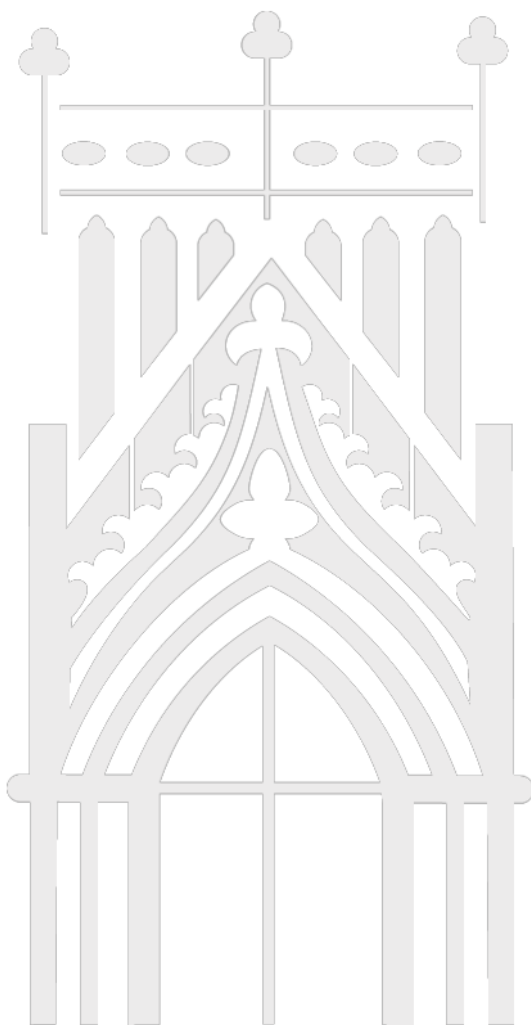
Politécnico
da Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Sistemas Integrados de Gestão

Do Processo de Auditoria à Qualidade
dos Serviços: O Caso da Casa de
Saúde Bento Menni

Andreia Paulino Monteiro

junho | 2016



Escola Superior
de Tecnologia
e Gestão



Escola Superior de Tecnologia e Gestão

Instituto Politécnico da Guarda

DO PROCESSO DE AUDITORIA À
QUALIDADE DOS SERVIÇOS: O CASO
DA CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE PARA OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTÃO
(AMBIENTE, QUALIDADE, SEGURANÇA E RESPONSABILIDADE
SOCIAL)

Andreia Paulino Monteiro

junho | 2016



Escola Superior de Tecnologia e Gestão
Instituto Politécnico da Guarda

**DO PROCESSO DE AUDITORIA À
QUALIDADE DOS SERVIÇOS: O CASO
DA CASA DE SAÚDE BENTO MENNI**

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTÃO (AMBIENTE,
QUALIDADE, SEGURANÇA E RESPONSABILIDADE SOCIAL)

Orientadora: Prof^ª. Doutora Maria de Fátima David

Andreia Paulino Monteiro

junho | 2016

*Tomemos como ímpeto e entusiasmo
a cruz de Jesus, desconfiando de nós próprios
e confiando nele que nos dará a graça e a força
para levar com alegria a cruz
que, levada com coragem, em vez de pesar
dá asas e faz voar.
(Bento Menni)*

*Valeu a pena?
Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar para além do
Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu
Mas nele é que espelhou o céu.
(Fernando Pessoa, in Mensagem)*

AGRADECIMENTOS

Convicta de que a amizade prevalece, seja qual for a situação em que me encontre, é meu desejo manifestar a minha gratidão a todos aqueles que me apoiaram e ajudaram na concretização deste sonho. Neste espaço quero, portanto, dar particular importância a todas as pessoas de bom coração que, sem esperarem nada, ou muito pouco, em troca, deram o seu melhor para a elaboração deste relatório de estágio. Assim, a título de agradecimento, expresso aqui o meu muito obrigada:

- Primeiramente, à Professora Doutora Fátima David por me ter dado a oportunidade de me prestar a sua orientação e confiar na minha atuação, assim como, pelo seu espírito de rigor e profissionalismo, pela sua paciência e compreensão ilimitável com as minhas diversificadas escolhas, hesitações e dúvidas ao longo deste percurso;
- Ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), entidade onde realizei o estágio profissionalizante, e a todos os seus colaboradores, pelo apoio, disponibilidade e cedência de informação;
- À irmã Isabel Morgado, na qualidade de diretora da CSBM, pela oportunidade que me proporcionou em estagiar na instituição e pelo seu profissionalismo em todos os momentos;
- À Dra. Carla Costa, na qualidade de Psicóloga e Gestora da Qualidade da CSBM, pela sua compreensão, disponibilidade permanente e por todas as suas palavras de motivação;
- À Professora Doutora Rute Abreu, pelos ensinamentos, motivação e principalmente por me ter aberto portas para que este relatório de estágio fosse possível;
- Ao corpo docente do curso de Mestrado em Sistemas Integrados de Gestão (Ambiente, Qualidade, Segurança e Responsabilidade Social), da Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTG) do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), por me terem facultado as ferramentas necessárias para todo o processo de aprendizagem;
- À Eng.^a e amiga Susana Cardão, pelas palavras confortantes e de motivação, pela infindável ajuda e pelos exemplos da sua vasta experiência pessoal e profissional;
- Aos meus pais, de um modo muito especial, que continuam a inspirar-me pelo seu exemplo de vida, de persistência e outros valores que me servem de referência. Este trabalho, assim como tudo o que eu faça na minha vida, será sempre dedicado a vocês;
- À minha irmã Cláudia, cunhado Daniel e, muito particularmente, a ti minha sobrinha Bárbara, que tens sido a maior alegria desde que surgiste nas nossas vidas;

- Um agradecimento especial a ti Celso, nunca irei esquecer o incondicional apoio e ajuda neste momento tão importante da minha vida;
- Por último, agradeço o suporte prestado pelos restantes membros da minha rede familiar e pessoal, cuja presença (real, virtual ou espiritual) me inspirou para dar o melhor de mim.

A todos, os meus, leais e sinceros, agradecimentos!

RESUMO

Uma estratégia de qualidade deve seguir uma linha de coerência entre a execução prática e o discurso teórico, tal como previsto no compromisso assumido pela política de qualidade da Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), pertencente ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), ao defender a prestação de cuidados globais de saúde numa dinâmica de melhoria contínua, aos vários níveis de intervenção (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e reintegração), de modo a satisfazer as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas. Nestes termos, mediante o cumprimento dos requisitos da Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais (EQUASS *Assurance*), a CSBM procura, através de um processo de melhoria contínua, um desempenho baseado em padrões considerados fundamentais e essenciais para os serviços sociais que presta.

O objetivo principal do presente relatório de estágio profissionalizante é analisar, melhorar e simplificar o processo de implementação do modelo EQUASS na CSBM, para que a instituição obtenha a (re)certificação da qualidade dos serviços sociais. Adicionalmente, pretende-se perceber o enquadramento dos normativos legais sobre a temática da qualidade, com particular ênfase no modelo EQUASS, bem como o cumprimento dos critérios para a certificação da qualidade do âmbito do EQUASS *Assurance* e dos indicadores chave do desempenho da Instituição, para além de propor um plano de ação que garanta a eficácia e a eficiência do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), sabendo que o trabalho em rede entre os diversos intervenientes promove a construção de um modelo que satisfaz as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas.

Metodologicamente desenvolve-se, numa primeira parte, uma análise teórica relativa à revisão bibliográfica sobre os SGQ, em geral, e sobre o referencial EQUASS *Assurance*, em particular. Numa segunda parte, desenvolve-se o método de caso de estudo com recurso à análise qualitativa, complementada com o método narrativo de tipo interpretativo, da informação recolhida sobre os processos e os documentos do SGQ implementado na CSBM.

Palavras-chave: Qualidade, EQUASS, Processo de auditoria, Caso de estudo, Portugal.

JEL Classification: M42 – Auditing

ABSTRACT

A strategy of quality should follow a line of coherence between the practical execution and the theoretical discourse, as provided in the commitment of the quality policy of *Casa de Saúde Bento Menni* (CSBM), belonging to the *Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus* (IIHSCJ), by defending the provision of global health care in a dynamic of continuous improvement to the several levels of intervention (prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and reintegration), in order to satisfy the needs and expectations of all stakeholders. In these terms, through the accomplishment of the requirements from the European Quality Assurance for Social Services (EQUASS Assurance), CSBM pursues, through a process of continuous improvement, a performance based on standards that are considered fundamental and essential to the social services it provides.

The main aim of this professional internship's report is to analyse, improve and simplify the implementation process of the EQUASS model in CSBM, so that the institution can get the (re)certification of the quality of the social services. In addition, it is desired the perception about the framework of legal regulations on the quality theme, with particular emphasis on EQUASS model, as well as the fulfilment of the criteria for the quality certification within the EQUASS Assurance and the key indicators of the institution's performance, besides proposing an action plan that ensures the effectiveness and efficiency of the Quality Management System (QMS), knowing that the networking among the various intervenient promotes the construction of a model that pleases the needs and expectations of all stakeholders.

Methodologically, it's developed, in a first part, a theoretical analysis on the bibliographic review of the SGQ, in general, and on the EQUASS Assurance referential, in particular. In a second part, it's developed the method of case study using qualitative analysis, complemented with the interpretative narrative method, of the information collected about the processes and documents of the QMS, implemented on CSBM.

Key words: Quality, EQUASS, Audit process, Case study, Portugal.

JEL Classification: M42 – Auditing

ÍNDICE

Glossário de Siglas.....	XI
Índice de Figuras.....	XIII
Índice de Gráficos.....	XIV
Índice de Quadros	XV
Introdução.....	1
PARTE I – ANÁLISE TEÓRICA	7
Capítulo 1 - Sistema de Gestão da Qualidade: Estado da Arte	9
1.1 Enquadramento	9
1.2 Princípios do Sistema de Gestão da Qualidade.....	10
1.3 Normas do Sistema de Gestão da Qualidade	13
1.4 Requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade	18
1.5 Considerações Finais.....	29
Capítulo 2 - <i>European Quality in Social Services</i>: Apresentação	31
2.1 Enquadramento	31
2.2 Princípios da Qualidade dos Serviços Sociais	32
2.3 Certificação da Qualidade e da Excelência dos Serviços Sociais	37
2.4 Processo de Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais	62
2.5 Considerações Finais.....	69
PARTE II – ANÁLISE PRÁTICA	71
Capítulo 3 – Caso de Estudo: <i>Casa de Saúde Bento Menni</i>	73
3.1 Enquadramento	73
3.2 Apresentação da CSBM	74
3.3 Serviços e Projetos da CSBM	79
3.4 Sistema de Gestão da Qualidade da CSBM.....	85
3.5 Considerações Finais.....	105
Capítulo 4 – Processo de Auditoria à Qualidade dos Serviços.....	107
4.1 Enquadramento	107
4.2 Objetivos e Metodologia	108
4.3 Processo de Auditoria: Análise de Não conformidades	109
4.4 Processo de Auditoria: Análise de Oportunidades de Melhoria	115
4.5 Processo de Melhoria Contínua	131
4.6 Considerações Finais.....	142
Conclusões.....	143
Referências Bibliográficas	149
Índice de Anexos	157

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade
ASAG – Associação de Familiares e Amigos dos Utentes
BSC – *Balanced Scorecard*
C2E – *Committed to Excellence*
CAF – *Common Assessment Framework*
COM. – Políticas/Compromissos Institucionais
CQAF – *Common Quality Assurance Framework*
CSBM – Casa de Saúde Bento Menni
DE – Documentos Estratégicos
DNR – Documentos Normativos e/ou Regulamentares
DOC. – Registos e Documentos
EAPN – *European Anti-Poverty Network*
EFQM – *European Framework for Quality Management*
EIPSS – Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social
EPR – *European Platform for Rehabilitation*
EQUASS – *European Quality Assurance in Social Services*
GQT – Gestão de Qualidade Total
HLS – *High Level Structure*
IHSCJ – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
IIHSCJ – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
INS. – Instrução de Trabalho
IPQ – Instituto Português da Qualidade
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISO – *International Organization for Standardization*
ISS – Instituto da Segurança Social
KPI – *Key Performance Indicator*
MOD. – Modelos/Formulários
MTSS – Ministério do Trabalho e Segurança Social
N.A. – Não avaliada
NAISM – Núcleo de Apoio à Investigação em Saúde Mental
NP – Norma Portuguesa

PCDQSRS – Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança nas

Respostas Sociais

PDCA – *Plan, Do, Check, Act*

PII – Planos Individuais de Intervenção

PRO. – Processo

PROC. – Procedimento

REAPN – Rede Europeia Anti Pobreza / Portugal

RH – Recursos Humanos

SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade

SMART – S - Específico, M - Mensurável, A - Atingível, R - Relevante e T – Temporal

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação da estrutura da Norma NP EN ISO 9001:2015 no ciclo PDCA.....	19
Figura 2. Princípios da qualidade EQUASS.....	37
Figura 3. Processo de certificação do modelo EQUASS	63
Figura 4. Estabelecimentos de saúde em Portugal do IIHSCJ	75
Figura 5. Organograma do IIHSCJ	76
Figura 6. Organograma dos profissionais responsáveis pelo SGQ.....	89
Figura 7. Fluxograma do planeamento.....	91
Figura 8. Processos do IIHSCJ	99
Figura 9. Estrutura da documentação.....	101
Figura 10. Ciclo PDCA do IIHSCJ	104
Figura 11. Configurações da ferramenta em Excel de avaliação do SGQ.....	139
Figura 12. Ferramenta em Excel: Plano de melhoria do SGQ.....	140
Figura 13. Ferramenta em Excel: Dados gerais do plano de melhoria do SGQ	141

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das não conformidades por processo da qualidade	114
Gráfico 2. Distribuição das não conformidades por princípio da qualidade	115
Gráfico 3. Distribuição das oportunidades de melhoria por processo da qualidade	129
Gráfico 4. Distribuição das oportunidades de melhoria por princípio da qualidade.....	130
Gráfico 5. Não conformidades vs Oportunidades de melhoria	130

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Relação entre os princípios da NP EN ISO 9000:2005 e da NP EN ISO 9000:2015	12
Quadro 2. Certificações dos sistemas de gestão no mundo, 2013 e 2014	16
Quadro 3. Certificações ISO 9001 a nível mundial, por continentes, 2004 a 2014	17
Quadro 4. Distribuição das certificações ISO 9001 por setores de atividades em Portugal, 2014	17
Quadro 5. Requisitos do SGQ: Contexto da organização vs Sistema de gestão da qualidade	22
Quadro 6. Requisitos do SGQ: Liderança vs Responsabilidade da gestão	23
Quadro 7. Requisitos do SGQ: Planeamento vs Responsabilidade da gestão	23
Quadro 8. Requisitos do SGQ: Suporte vs Gestão de recursos	24
Quadro 9. Requisitos do SGQ: Operacionalização vs Realização do produto	26
Quadro 10. Requisitos do SGQ: Avaliação do desempenho vs Medição, análise e melhoria	27
Quadro 11. Requisitos do SGQ: Melhoria vs Medição, análise e melhoria	28
Quadro 12. Diferenças de terminologia entre NP EN ISO 9001:2008 e NP EN ISO 9001:2015	29
Quadro 13. Sistema EQUASS: Liderança	39
Quadro 14. Sistema EQUASS: Recursos humanos	43
Quadro 15. Sistema EQUASS: Direitos	45
Quadro 16. Sistema EQUASS: Ética	48
Quadro 17. Sistema EQUASS: Parcerias	50
Quadro 18. Sistema EQUASS: Participação	51
Quadro 19. Sistema EQUASS: Orientação para o cliente	54
Quadro 20. Sistema EQUASS: Abrangência	55
Quadro 21. Sistema EQUASS: Orientação para os resultados	58
Quadro 22. Sistema EQUASS: Melhoria contínua	61
Quadro 23. Motivações externas e internas da certificação	67
Quadro 24. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua	92
Quadro 25. PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação	92
Quadro 26. Processos de gestão	93
Quadro 27. PRO.05 – Processo de admissão	94
Quadro 28. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento	94
Quadro 29. PRO.07 – Processo de intervenção clínica no ambulatório	95
Quadro 30. Processos Chave	95
Quadro 31. PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento	96
Quadro 32. PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial	96
Quadro 33. PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde	97
Quadro 34. PRO.04 – Processo de serviços de apoio	97
Quadro 35. PRO.03 – Processo de serviços de suporte	98
Quadro 36. Processos de suporte	98
Quadro 37. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Liderança	111
Quadro 38. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento: Abrangência	112
Quadro 39. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Liderança	112
Quadro 40. PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial: Liderança	113
Quadro 41. PRO.11 – Processo de docência formação e desenvolvimento dos profissionais: Recursos Humanos	113
Quadro 42. DNR07 – Manual de políticas de gestão de RH: Liderança	114
Quadro 43. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Liderança	117
Quadro 44. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Recursos Humanos	118
Quadro 45. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Direitos	119

Quadro 46. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Ética	120
Quadro 47. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Parcerias	120
Quadro 48. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Participação	121
Quadro 49. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Orientação para o cliente.....	122
Quadro 50. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Abrangência	123
Quadro 51. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Orientação para os resultados	125
Quadro 52. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Melhoria Contínua.....	126
Quadro 53. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento: Liderança.....	126
Quadro 54. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Direitos	127
Quadro 55. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Ética	127
Quadro 56. PRO.05 – Processo de admissão: Ética.....	128
Quadro 57. PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde: Ética	128
Quadro 58. Irregularidades da documentação do SGQ da CSBM: 2014	132
Quadro 59- Não conformidades do PRO.03 – Processo de serviços de suporte	133
Quadro 60. Não conformidades do PRO.04 – Processo de serviços de apoio.....	134
Quadro 61. Não conformidades do PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação.....	135
Quadro 62. Oportunidades de melhoria do PRO.03 – Processo de serviços de suporte	135
Quadro 63. Oportunidades de melhoria do PRO.03 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde	136

INTRODUÇÃO

As organizações têm vindo a modificar as suas mentalidades e estratégias, incluindo como elemento chave a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), com vista à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e da sustentabilidade das próprias organizações, procurando obter ganhos de produtividade. Assim, o sucesso das organizações depende da sua capacidade para satisfazer as necessidades dos clientes, impondo-se como grande desafio conhecer o que o cliente quer, priorizando os processos que criam valor (Abrantes, 2012). Neste contexto, as organizações têm vindo a adotar diversos tipos de certificação da qualidade para se diferenciarem e sobreviverem.

Segundo a NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005), os SGQ podem ajudar as organizações a aumentar a satisfação dos seus clientes, para além de impulsionarem a melhoria contínua dos seus produtos e/ou serviços e processos. Deste modo, um SGQ motiva as organizações a analisarem os requisitos dos clientes, a desenvolverem e manterem o processo adequado para a melhoria contínua, capacitando-as para o fornecimento de produtos e/ou serviços que cumpram as especificações impostas pela NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), que substituiu a NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a).

O desenvolvimento de uma cultura baseada na qualidade abre caminho à eficácia e eficiência organizacional proporcionando um maior benefício com menos custos (Pinto e Soares, 2010). Assim sendo, cada organização deve ter o seu próprio sistema evolutivo de certificação baseado nos padrões da *International Organization for Standardization* (ISO) ou outros de reconhecimento internacional, de modo a ir ao encontro da satisfação do seu cliente. Em paralelo com as organizações do setor privado, também as do terceiro setor, nomeadamente as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), se deparam com estes desafios de gestão do mundo globalizado.

De acordo com Lucas *et al.* (2012), nos últimos anos tem-se assistido a um aumento significativo da certificação dos sistemas da qualidade das respostas sociais. Em Portugal existem 2 modelos específicos de certificação das respostas sociais, especificamente: a nível internacional, a certificação *European Quality Assurance in Social Services* (EQUASS); e a nível nacional, a certificação segundo os modelos do Instituto da Segurança Social (ISS). Para

além destes, existe o sistema de certificação de qualidade ISO 9001 que também tem sido adotado por algumas organizações da economia social.

Nestes termos, dada a importância atribuída à área da qualidade à escala global e ao interesse pessoal pela área da gestão da qualidade nos sistemas de saúde, achou-se pertinente realizar o estágio profissionalizante na Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), pertencente ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), no âmbito do referencial de normas da qualidade EQUASS *Assurance*, o qual visa estimular o desenvolvimento do setor dos serviços sociais, desde o processo de auditoria até à qualidade dos serviços prestados.

Com base nestes pressupostos, o presente relatório de estágio profissionalizante tem como **objetivo principal** analisar, melhorar e simplificar o processo de implementação do modelo EQUASS na CSBM, para que a instituição obtenha a (re)certificação da qualidade dos serviços sociais (EQUASS *Assurance*). Este programa de certificação, que garante a qualidade e controlo da qualidade dos serviços sociais, permite às organizações que prestam serviços no setor social envolverem-se num processo de certificação externo, reconhecido a nível europeu, através do qual asseguram a qualidade dos seus serviços junto de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas.

Assim, de modo a facilitar a sua operacionalização, o objetivo principal foi desdobrado nos seguintes **objetivos secundários**:

- Percecionar o enquadramento dos normativos legais sobre a temática da qualidade, com particular ênfase no modelo EQUASS;
- Propor um SGQ para a CSBM, através do cumprimento dos critérios para a certificação da qualidade do EQUASS e do cumprimento dos indicadores chave do desempenho da organização;
- Fomentar o trabalho em rede entre as entidades intervenientes, de modo a promover a construção de um modelo que satisfaça as necessidades e expectativas de todas as partes interessadas;
- Propor um plano de ação, de modo a garantir a eficácia e a eficiência do SGQ.

A **metodologia** de investigação estabelecida para cumprir os objetivos definidos foi qualitativa e descritiva, usando duas abordagens complementares: a revisão bibliográfica; e o caso de estudo. A revisão bibliográfica visa dar visibilidade ao enquadramento teórico da investigação, através de livros, teses, dissertações e também normas e legislação, quer nacional, quer

internacional. Relativamente ao caso de estudo, o mesmo refere-se à Casa de Saúde Bento Menni através de um acompanhamento técnico permanente, permitindo que o processo de melhoria contínua do SGQ possa ser desenvolvido em toda a sua dinâmica, monitorizando e avaliando o mapa de processos.

Assim, após a presente introdução, este relatório encontra-se **estruturado em duas partes**: uma análise teórica, constituída pelos capítulos 1 e 2, os quais expõem a revisão de normas/regulamentos e literatura científica sobre a temática da qualidade, em geral, e da iniciativa EQUASS, em particular; e uma análise empírica, constituída pelos capítulos 3 e 4, os quais seguem a proposta metodológica de Yin (2008), relativamente ao método de caso de estudo, por o mesmo implicar um conhecimento profundo da realidade a investigar.

Face ao exposto, no **primeiro capítulo** começa-se pela descrição do conceito de qualidade, segundo a opinião de diferentes autores, para de seguida se expor o conceito de SGQ e como incorporar esta ferramenta no ambiente interno de uma organização. Adicionalmente, são apresentadas as normas da família ISO 9000, como referencial normativo para a implementação do SGQ, dando especial atenção à norma NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), descrevendo os seus princípios e requisitos da qualidade inerentes.

No **segundo capítulo**, com o propósito de dar consistência a este relatório de estágio profissionalizante, faz-se uma caracterização sumária da implementação do SGQ no terceiro setor, enquadrando os diferentes modelos de certificação dos sistemas da qualidade das respostas sociais, mais especificamente o referencial EQUASS. Neste capítulo são ainda enumerados os princípios da qualidade que servem de base a este referencial, bem como a relação entre os princípios da qualidade, as dimensões para a certificação, os critérios EQUASS e os indicadores chave do desempenho de uma organização, para além de abordar as vantagens e desvantagens decorrentes do processo de certificação da qualidade dos serviços sociais.

No **terceiro capítulo** apresenta-se a CSBM, enquanto instituição na qual foi realizado o estágio profissionalizante, evidenciando a sua evolução histórica e os compromissos assumidos com as suas partes interessadas no âmbito da sua política da qualidade, bem como da sua visão, missão e valores. Paralelamente, também se faz referência aos serviços e projetos desenvolvidos pela CSBM e ao seu SGQ, certificado de acordo com o referencial EQUASS.

No **quarto capítulo** descreve-se e justifica-se a metodologia adotada, face à problemática apresentada e aos objetivos da investigação definidos anteriormente. Deste modo, evidenciam-se as não conformidades decorrentes do processo de auditoria e as oportunidades de melhoria do mesmo, para além de se apresentarem algumas sugestões de melhoria contínua do referido processo. Complementarmente, apresentam-se os resultados das tarefas realizadas no decorrer do estágio, em concreto: a análise da documentação existente relacionada com a área do estágio, da qual resultou a identificação de todas as irregularidades encontradas na documentação; a realização de auditorias internas ao SGQ e consequente elaboração do respetivo relatório; a elaboração de relatórios de avaliação da satisfação das partes interessadas e de avaliação do grau de conhecimento da comunidade; e a construção de uma ferramenta em Excel que sintetiza, de um modo simplificado, todo o conteúdo constante do SGQ da CSBM.

Por último, apresentam-se as conclusões, que traduzem uma reflexão sobre o estágio profissionalizante realizado e o relatório daí decorrente, tendo por base as questões de partida e a revisão de literatura efetuada, para além de se refletir sobre a validade e legitimidade do estudo e se estabelecerem contributos para investigações futuras, pese embora a existência de algumas limitações.

PARTE I - ANÁLISE TEÓRICA

Sistema de Gestão da Qualidade: Estado da Arte

1.1 Enquadramento

Atualmente, não se fala apenas em qualidade, mas sim em gestão da qualidade total (GQT), como assunto de maior notoriedade e essencial para a sobrevivência e êxito de qualquer organização. Segundo Feigenbaum (1991: 5) a GQT é:

“(...) um acordo documentado com toda a empresa e estrutura de trabalho operacional que integrada procedimentos técnicos e de gestão para orientar as ações coordenadas da força de trabalho, as máquinas e a informações da empresa de forma a melhorar as práticas para garantir a satisfação do cliente e controlar os custos com a qualidade.”

Segundo a NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005), a qualidade é entendida como o grau de satisfação de determinados requisitos, dado por um conjunto de caraterísticas intrínsecas. Neste sentido, as organizações para atingirem a excelência pela qualidade devem desenhar, gerar e melhorar os seus processos para satisfazerem completamente todas as necessidades e expectativas (requisitos) dos seus clientes e outros grupos de interesse, de forma a criar cada vez mais valor (Alves, 2009).

Para que uma organização implemente a GQT é necessário que o faça recorrendo a um SGQ, o qual estabelece o total compromisso e envolvimento da organização na oferta de produtos/serviços que satisfaçam as necessidades dos seus clientes (Proença, 2011). Segundo Pires (2007: 35), um SGQ corresponde ao:

“(...) conjunto das medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo”.

Deste modo, a existência de um SGQ nas organizações serve de alicerce ao desenvolvimento dos serviços, reforçando o compromisso com a qualidade e a melhoria continua (Roque, 2010). Nos últimos anos, são vários os referenciais normativos que servem de base à implementação de sistemas de gestão, oriundos tanto do organismo internacional de normalização *International Organization for Standardization* (ISO), como de organismos nacionais congêneres ou outros organismos de regulamentação internacional (Neves *et al.*, 2011).

Assim sendo, neste capítulo apresentam-se e discutem-se os conceitos associados aos sistemas de gestão da qualidade encontrados na literatura e a sua aplicabilidade ao presente estudo. No ponto 1.2 são enunciados os princípios do SGQ na perspectiva de vários autores, para no ponto 1.3 se apresentarem as normas inerentes a esta tipologia de sistema e no ponto 1.4 se debaterem os requisitos do sistema. Por último, no ponto 1.5, tecem-se algumas considerações finais sobre os SGQ.

1.2 Princípios do Sistema de Gestão da Qualidade

Da experiência coletiva e do conhecimento dos especialistas internacionais que participaram no Comité Técnico da *International Organization for Standardization (ISO/TC) 176 “Quality management and quality assurance”* resultaram oito princípios da qualidade, os quais formam a base para as normas de Sistema de Gestão da Qualidade da família ISO 9000 e refletem o senso comum e o pensamento dos maiores especialistas mundiais da qualidade, como sejam Deming, Juran, Crosby e outros (Ferreira *et al.*, 2010).

Assim, tendo em conta o ponto 0.2 da norma NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005) os oito princípios da gestão da qualidade são:

- 1. Focalização no cliente:** as organizações dependem dos seus clientes e, consequentemente, deverão compreender as suas necessidades, atuais e futuras, satisfazer os seus requisitos e esforçar-se por exceder as suas expectativas;
- 2. Liderança:** os líderes estabelecem unidade no propósito e na orientação da organização, devendo criar e manter o ambiente interno que permita o pleno envolvimento das pessoas para se atingirem os objetivos da organização;
- 3. Envolvimento das pessoas:** as pessoas, em todos os níveis, são a essência de uma organização e o seu pleno envolvimento permite que as suas aptidões sejam utilizadas em benefício da organização;
- 4. Abordagem por processos:** um resultado desejado é atingido de forma mais eficiente quando as atividades e os recursos associados são geridos como um processo;
- 5. Abordagem da gestão como um sistema:** identificar, compreender e gerir processos interrelacionados como um sistema, contribui para que a organização atinja os seus objetivos com eficácia e eficiência;

- 6. Melhoria contínua:** a melhoria contínua do desempenho global de uma organização deverá ser um objetivo permanente dessa organização;
- 7. Abordagem à tomada de decisão baseada em factos:** as decisões eficazes são baseadas na análise de dados e de informações;
- 8. Relações mutuamente benéficas com fornecedores:** uma organização e os seus fornecedores são interdependentes e uma relação de benefício mútuo potencia a aptidão de ambas as partes para criar valor.

Recentemente, em 2015, com a revisão da ISO 9000:2005 (IPQ, 2005), houve uma adaptação dos princípios de gestão da qualidade, passando agora estes a serem sete e, nesse sentido, de acordo com a NP EN ISO 9000:2015 (IPQ, 2015a) são:

- 1. Foco no cliente:** é primordial para a organização atender às necessidades dos clientes e esforçar-se para ultrapassar as suas expectativas;
- 2. Liderança:** os líderes da organização determinam, comunicam o propósito e direção da organização e criam um ambiente interno de organização no qual as pessoas estão totalmente envolvidas em atingir aos objetivos da mesma;
- 3. Comprometimento das pessoas:** pessoas competentes, habilitadas e comprometidas a todos os níveis da organização são essenciais para o benefício da organização, de modo a criar e entregar valor;
- 4. Abordagem por processos:** as organizações alcançam resultados consistentes e previsíveis de forma mais eficaz e eficiente quando as atividades são adequadamente munidas de recursos e geridas como processos inter-relacionados que funcionam como um sistema coerente;
- 5. Melhoria:** o objetivo permanente de uma organização de sucesso é a melhoria contínua do seu desempenho;
- 6. Tomada de decisão baseada em evidências:** as organizações que baseiam as suas decisões em análise e avaliação de dados e informações são mais propensas a produzir resultados desejados;
- 7. Gestão das relações:** para o sucesso sustentado ser alcançado, as organizações devem gerir os seus relacionamentos com todas as suas partes interessadas de modo otimizar o seu impacto sobre o seu desempenho.

Por conseguinte, no **Quadro 1** verifica-se a relação existente entre os princípios da NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005) e da NP EN ISO 9000:2015 (IPQ, 2015a), constatando-se que os anteriores princípios 4 e 5 passam a fazer parte de um único item.

Quadro 1. Relação entre os princípios da NP EN ISO 9000:2005 e da NP EN ISO 9000:2015

NP EN ISO 9000:2005	NP EN ISO 9000:2015
1. Focalização no cliente	1. Foco no cliente
2. Liderança	2. Liderança
3. Envolvimento das pessoas	3. Comprometimento das pessoas
4. Abordagem por processos	4. Abordagem por processos
5. Abordagem da gestão como um sistema	
6. Melhoria contínua	5. Melhoria
7. Abordagem à tomada de decisão baseada em factos	6. Tomada de decisão baseada em evidências
8. Relações mutuamente benéficas com fornecedores	7. Gestão das relações

Fonte: Elaboração própria.

Os princípios anteriormente descritos permitem às organizações definir os seus objetivos e metas da qualidade, potencializando a sua utilização como os elementos fundamentais para a melhoria do desempenho das organizações e promover uma aproximação e alinhamento dos referenciais normativos com a maioria dos modelos de excelência e de qualidade total (Duarte, 2012). Deste modo, pode-se afirmar que os princípios já identificados devem fazer parte integrante de qualquer organização e, neste sentido, podem ser usados pela gestão de topo, que no seu compromisso com a qualidade, deverá procurar:

- a) “Estabelecer e manter a política da qualidade e os objetivos da qualidade da organização;*
- b) Promover a política e os objetivos da qualidade por toda a organização por forma a aumentar a consciencialização, motivação e envolvimento;*
- c) Assegurar que toda a organização esta focalizada para o cumprimento dos requisitos dos clientes;*
- d) Assegurar que são implementados os processos adequados para que os requisitos dos clientes e de outras partes interessadas possam ser cumpridos e os objetivos da qualidade atingidos;*
- e) Assegurar que é estabelecido, implementado e mantido um sistema de gestão da qualidade eficaz e eficiente para atingir os objetivos da qualidade;*
- f) Assegurar a disponibilidade dos recursos necessários;*
- g) Rever o sistema de gestão de qualidade periodicamente;*
- h) Decidir sobre as ações a implementar, tendo em conta a política da qualidade e os seus objetivos;*
- i) Decidir sobre as ações de melhoria do sistema de gestão da qualidade.” (IPQ, 2005: 11-12).*

Os princípios descritos na NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005) são utilizados como base nos requisitos da NP EN ISO 9001, quer na versão de 2008 (IPQ, 2008a), quer na versão de 2015 (IPQ, 2015b).

A versão atualizada da NP EN ISO 9001: 2015 (IPQ, 2015b) vem reforçar a abordagem por processos e diminuir a intensidade documental, introduzindo o conceito de “pensamento baseado no risco”, o que aproximará ainda mais a ISO 9001 dos atuais modelos de negócio das organizações e continua a manter o cliente como o foco principal da norma (Sampaio e Saraiva, 2014). Neste sentido, esta nova versão da norma (ISO, 2015a) apresenta uma abordagem modernizada que inclui os seguintes aspetos:

- Maior destaque na geração de valor para a organização e para os seus clientes, já que a nova versão é voltada para conceber resultados e a melhoria dos mesmos;
- Maior destaque na avaliação dos riscos;
- Solicita que as organizações levem em consideração os comentários de todas as partes interessadas e de todos os processos envolvidos (não apenas os comentários dos seus clientes);
- Maior envolvimento da gestão de topo;
- Maior facilidade na aplicação dos requisitos às empresas de "serviços";
- Maior flexibilidade nas exigências sobre procedimentos documentados (por exemplo, a adoção de um "manual de qualidade" deixa de ser obrigatória).

1.3 Normas do Sistema de Gestão da Qualidade

A *International Organization for Standardization* existe desde 1947, sendo uma organização não-governamental criada para promover o desenvolvimento das atividades de normalização e que funciona como um elo de ligação entre os setores público e privado. Este organismo é constituído por 162 países e a sua sede situa-se em Genebra, na Suíça (ISO, 2015a). A ISO já publicou mais de 20.500 normas internacionais nos diversos setores, desde a tecnologia, segurança alimentar, agricultura e saúde, com o principal intuito de harmonizar as normas industriais de diferentes países de modo a facilitar as trocas e transações entre eles (Sousa, 2007). De acordo com a ISO (2015a: 1), é possível identificar um conjunto de funções associadas à estandardização destas normativas:

- “*Tornam mais eficiente, seguro e limpo o desenvolvimento, produção e fornecimento de produtos/serviços;*

- *Facilitam e tornam mais justa a comercialização de produtos/serviços entre os vários países;*
- *Proporcionam aos diferentes governos uma forte base técnica, em termos de legislação ambiental, de segurança e de saúde;*
- *Combinam as boas práticas de gestão com os avanços tecnológicos;*
- *Salvaguardam a qualidade dos produtos/serviços em geral.”*

Em Portugal, a entidade nacional filiada é o Instituto Português da Qualidade (IPQ), ao qual cabe a conversão das normas internacionais para a língua portuguesa, sendo que estas terão que ser, posteriormente, homologadas e publicadas em Diário da República (Sousa, 2007). Segundo Pires (2007: 44):

“(...) as normas de gestão da qualidade surgem, historicamente, como uma imposição dos grandes compradores e detentores de sistemas complexos nos fornecedores de componentes e subsistemas, como forma de obterem a confiança adequada de que os sistemas complexos operariam bem em serviço”.

Apesar de serem vários os referenciais normativos associados aos SGQ, destaca-se a família de normas ISO 9000, as quais pela sua difusão universal têm maior relevo. Estas normas surgiram em finais de 1987 com a publicação de um glossário de termos de qualidade garantindo uma linguagem comum para utilizar nos sistemas de qualidade (Lopes e Capricho, 2007). Desde então, a adesão das empresas decorreu lentamente até que na década de 90 se deu o “*Boom*” da sua implementação.

De acordo com Lopes e Capricho (2007), as normas da série ISO 9000 são de carácter geral, uma vez que não incluem especificações tecnológicas, o que permite que sejam aplicáveis a qualquer tipo de empresas independentemente do tipo, dimensão e setor de atividade. Contudo, as empresas antes de procederem à sua implementação devem definir claramente as suas necessidades (organizativas e formativas), efetuar todas as mudanças necessárias e ter em linha de conta a especificidade da empresa, do negócio e as exigências do mercado.

As normas ISO são revistas a cada cinco anos pela comissão técnica responsável, com a finalidade de se manterem adequadas e eficazes (TUV, 2015). Após primeira publicação em 1987 das normas da série ISO 9000, foram efetuadas revisões em 1994, 2000, 2008, 2010 e a mais recente em 2015. Deste modo, a família de normas relativas ao SGQ é atualmente constituída por quatro normas centrais e um número significativo de normas de suporte, tais

como relatórios técnicos e documentos orientadores. As quatro normas centrais são (ISO, 2015a):

- **NP EN ISO 9000:2015 (IPQ, 2015a):** “*Sistemas de gestão da qualidade: Fundamentos e vocabulário*”, que descreve os princípios fundamentais dos SGQ que são objetivo das normas da família ISO 9000 e define os termos relacionados;
- **NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b):** “*Sistemas de gestão da qualidade: Requisitos*”, que especifica os requisitos de um SGQ a utilizar sempre que uma organização tem necessidade de demonstrar a sua capacidade para fornecer produtos/serviços que satisfaçam tanto os requisitos dos clientes como dos regulamentos aplicáveis e tenham em vista o aumento da satisfação dos clientes;
- **NP EN ISO 9004:2009 (IPQ, 2011):** “*Gestão do sucesso sustentado de uma organização: Uma abordagem da gestão pela qualidade*”, que proporciona linhas de orientação para desenvolver um sistema de gestão de qualidade mais eficiente e eficaz; o objetivo desta norma é a melhoria do desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes e das outras partes interessadas;
- **NP EN ISO 19011:2011 (IPQ, 2012a):** “*Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão*”, que indica linhas de orientação para a execução de auditorias internas e externas a SGQ e a sistemas de gestão ambiental.

Face ao exposto, cada vez mais, as organizações investem na implementação de SGQ que, consequentemente, lhe confirmam a certificação. Para Pons e Sivardière (2002: 12):

“ (...) a certificação é o procedimento mediante o qual uma determinada organização dá uma garantia por escrito, de que um determinado produto, processo ou serviço, se encontra conforme os requisitos especificados. A certificação é, por consequência, o meio que atesta a garantia da conformidade, referente a determinado documento normativo e que se materializa na emissão de um certificado”.

De facto, é pertinente afirmar que, a certificação permite gerar um sentimento de confiança na organização perante todos os seus *stakeholders*. Segundo um inquérito realizado pela ISO (2015b), relativo às normas de certificação dos sistemas de gestão, em 2014 foram emitidos, em todo o mundo, 1.609.294 certificados em sistemas de gestão, demonstrando um crescimento moderado face aos últimos dois anos. Contudo, esta estabilização do mercado considerava-se esperada, pois cada vez mais as organizações investem nas normas de certificação (**Quadro 2**), tais como a ISO 50001 (relativa à gestão de energia), que demonstra uma taxa de crescimento de 40%, a ISO 22000 (relativa à gestão da segurança alimentar), com uma taxa de crescimento

de 14% e a ISO 16949 (relativa à gestão da qualidade para produtos automóveis), que mostra uma progressão acelerada de 8%.

Quadro 2. Certificações dos sistemas de gestão no mundo, 2013 e 2014

Norma Padrão	Número de Certificações (2014)	Número de Certificações (2013)	Evolução (%)
ISO 9001	1.138.155	1.126.460	1%
ISO 140001	324.148	301.622	7%
ISO 50001	6.778	4.826	40%
ISO/IEC 27001	23.972	22.349	7%
ISO 22 000	30.500	26.847	14%
ISO/TS 16949	57.950	53.723	8%
ISO 13485	27.791	25.655	8%
ISO 22301	1.757	-	-
TOTAL	1.609.294	1.561.482	3%

Fonte: Adaptado de ISO (2015b).

Ainda, a partir do Quadro 2, se pode verificar que a utilização da ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a), como referencial para a certificação, conduziu, em 2013, à emissão de 1.138.155 certificados de conformidade no mundo inteiro, para um universo de 1.126.460 organizações certificadas em 177 países (ISO, 2015b).

Por outro lado, através dos dados apresentados no **Quadro 3**, pode-se comprovar que, em 2014, utilizando como referencial para a certificação a ISO 9001, a Europa foi o continente com maior número de certificações (483.710) e Portugal contribuiu com 8.006 certificações; seguindo-se o Leste Asiático e Pacífico com 476.027 certificações, a América do Norte, América Central e do Sul e a Ásia Central e do Sul com 50.533, 50.256 e 45.365 certificações, respetivamente. Por fim, com menos certificações no ano de 2014 aparecem o Médio Oriente com 21.956 e África com 10.308. Ainda, pelos dados do Quadro 3 é possível afirmar que, apesar de algumas oscilações, o número de certificações ao longo dos últimos dez anos tem vindo a aumentar em todos os continentes.

Quadro 3. Certificações ISO 9001 a nível mundial, por continentes, 2004 a 2014

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
África	4865	6763	7441	7446	8534	8435	7667	8164	9674	9816	10308
América Central e do Sul	17016	22498	29382	39354	37458	35549	49260	51685	51459	52466	50256
América do Norte	49962	59663	61436	47600	47896	41947	36632	37530	38586	48579	50533
Europa	320748	377172	414208	431479	455303	500286	530039	459367	469739	482620	483710
Portugal	4733	5820	5851	5283	5128	5051	5588	4638	6650	7041	8006
Leste Asiático e Pacífico	240938	266100	320320	354056	366491	408498	438477	471836	476106	467320	476027
Ásia Central e do Sul	13856	27966	44923	50379	44171	44432	37596	33577	32373	44847	45365
Médio Oriente	12747	13681	19195	21172	20469	24604	18839	17069	19050	20812	21956
TOTAL	660132	773843	896905	951486	980322	1063751	1118510	1079228	1096987	1126460	1138155

Fonte: Adaptado de ISO (2015b).

Relativamente a Portugal, a distribuição das certificações ISO 9001 por setor de atividade económica em 2014 (**Quadro 4**), evidencia que o setor de atividade económica que regista maior número de certificações é o comércio por grosso, retalho e reparação de veículos a motor (1.113 certificações), seguindo-lhe o setor da construção e o setor dos metais básicos e produtos metálicos, com 655 e 637 certificações, respetivamente. Em último lugar aparece o setor da saúde e ação social com 565 certificações.

Quadro 4. Distribuição das certificações ISO 9001 por setores de atividades em Portugal, 2014

Sector de Atividade Económica	Número de Certificações
Comercio por grosso e a retalho, reparação de veículos a motor	1 113
Construção	655
Metais básicos e produtos metálicos	637
Saúde e ação social	565

Fonte: Adaptado de ISO (2015b).

Através dos dados apresentados, verifica-se que o processo de certificação baseado num SGQ tem vindo a fazer parte de inúmeras organizações que se pretendem diferenciar no mercado, pois, de acordo com Pinto (2006), a certificação proporciona uma série de benefícios para as organizações, tais como:

- Melhoria na organização interna;
- Melhoria da imagem;

- Melhoria da posição competitiva;
- Aumento da motivação/envolvimento dos colaboradores;
- Aumento da produtividade;
- Redução dos custos;
- Acesso a determinados mercados e concursos;
- Aumento da eficácia nas operações;
- Aumento da satisfação/confiança dos clientes.

No entanto, o processo de certificação de um sistema de gestão da qualidade traduz-se em elevados custos para as organizações, uma vez que, na maioria das vezes os recursos são inadequados e a assistência externa insuficiente (Lo e Humphreys, 2000).

1.4 Requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade

Um sistema de gestão da qualidade deve orientar o pensamento e a ação de uma organização para que esta possa atingir os objetivos pretendidos. Todas as dificuldades são escrupulosamente analisadas, ajudando a clarificar responsabilidades e tarefas de modo a obter a melhor solução. Para tal, a família das normas ISO 9000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – fornece as bases fundamentais para a implementação de um SGQ, elucidando conceitos e definindo requisitos (Brito, 2012). Na opinião de Pinto e Soares (2010: 21), um SGQ é definido como sendo:

“(...) uma filosofia e prática de gestão que se traduz no envolvimento de todos os que trabalham na organização num processo de cooperação que se concretize no fornecimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e as expectativas dos clientes.”

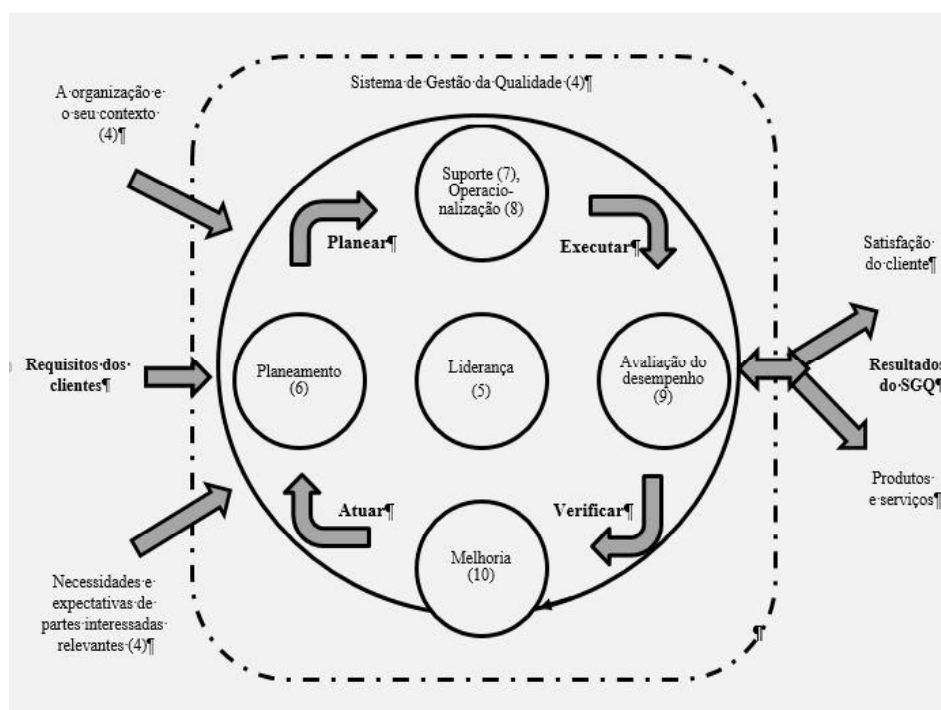
Neste sentido, relativamente ao termo “requisitos”, segundo a norma NP EN ISO 9000:2005 (IPQ, 2005: 8), este dever-se-á entender como:

“Uma necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória. Geralmente implícita significa que é costume ou prática comum para a organização, para os seus clientes e outras partes interessadas, que a necessidade ou expectativa em causa esteja implícita. Deve-se usar um qualificativo para indicar a especificidade de um requisito, p.ex. requisito de produto, requisito de sistema da qualidade, requisito de

cliente. Um requisito especificado é um requisito que está expresso, p.ex. num documento. Os requisitos podem ser originados por diferentes partes interessadas.”

Segundo Alexandre (2012), a norma NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a) encontra-se estruturada de acordo com um modelo genérico e que pode ser descrito resumidamente no âmbito da metodologia PDCA (*Plan, Do, Check, Act* - Planear, Executar, Verificar, Atuar) ou Ciclo de Deming, como também é designado. Segundo a mesma norma, o ciclo PDCA pode ser aplicado a todos os processos e ao SGQ como um todo (IPQ, 2015b). Através da **Figura 1** verifica-se a ligação existente entre o SGQ e a metodologia PDCA.

Figura 1. Representação da estrutura da Norma NP EN ISO 9001:2015 no ciclo PDCA



NOTA: Os números entre parêntesis fazem referência a seções nesta Norma.

Fonte: IPQ (2015b: 10).

Na metodologia PDCA, inicialmente planeiam-se as ações, depois são executadas as ações planeadas, verificando-se, em seguida, se o que foi realizado está de acordo com o planificado e, por último, tomam-se as medidas necessárias para corrigir ou eliminar defeitos ou erros existentes. Este processo é executado de modo constante e repetido, ou seja, ciclicamente, de modo a garantir a melhoria contínua (Ribeiro, 2012).

A NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a), relativa aos requisitos do SGQ, está estruturada em oito capítulos:

1. Objetivos e Campo de Aplicação;
2. Referência Normativa;
3. Termos e Definições;
4. Sistema de Gestão da Qualidade;
5. Responsabilidade da Gestão;
6. Gestão de Recursos;
7. Realização do Produto;
8. Medição, Análise e Melhoria.

Os primeiros quatro capítulos especificam requisitos gerais e de documentação, os restantes capítulos representam os quatro principais requisitos da norma, nomeadamente:

- **Responsabilidade da Gestão:** estabelece os requisitos que a gestão de topo tem que cumprir;
- **Gestão de Recursos:** estabelece os requisitos para o planeamento e disponibilização dos recursos necessários para o sistema, para a implementação e melhoria contínua do SGQ e para aumentar a satisfação dos clientes. Os recursos incluem: recursos humanos, ambiente de trabalho, infraestruturas, equipamentos entre outros;
- **Realização do Produto:** estabelece os requisitos para o planeamento, conceção, desenvolvimento, produção e fornecimento de um produto/serviço;
- **Medição, Análise e Melhoria:** estabelece os requisitos para monitorização, medição, análise e melhoria contínua do SGQ dos seus processos (Silva, 2009).

Por sua vez, a atualizada NP EN ISO 9001: 2015 (IPQ, 2015b), encontra-se estruturada em dez capítulos, em concreto:

1. Objetivo e campo de aplicação;
2. Referências normativas;
3. Termos e definições;
4. Contexto da organização;
5. Liderança;
6. Planeamento;
7. Suporte;
8. Operacionalização;
9. Avaliação do desempenho;
10. Melhoria.

Esta norma foi desenvolvida com o objetivo de garantir que a ISO 9001 se encontra alinhada com as outras normas para sistemas de gestão e como tal foi reescrita de acordo com a estrutura de alto nível (HLS- *High Level Structure*) ou anexo SL. Os primeiros capítulos da norma NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), tal e qual como na norma anterior, incluem requisitos gerais e de documentação, e a partir do quarto capítulo até ao décimo são expostos os requisitos normativos, os quais são descritos seguidamente:

- **Contexto da organização:** estabelece os requisitos para o ambiente de negócio da organização e para o âmbito do sistema de gestão; aqui foi introduzida a noção de risco e efeitos potenciais na definição da abordagem por processos: riscos para a conformidade dos processos, produtos e serviços que tenham influência na satisfação dos clientes;
- **Liderança:** estabelece os requisitos que a gestão de topo tem que cumprir;
- **Planeamento:** estabelece os requisitos para o planeamento do SGQ, tendo em conta a introdução do contexto de risco e oportunidades no planeamento do SGQ e as ações a definir de acordo com o impacto potencial previsto: tarefas, recursos, responsáveis, prazos e avaliação dos resultados;
- **Suporte:** estabelece os requisitos para a disponibilização dos recursos necessários para o SGQ, sendo eles as pessoas, infraestruturas, ambiente de trabalho, recursos de monitorização e medição e conhecimento organizacional. Também introduz o novo conceito de informação documentada para definir o que se deve documentar/guardar;
- **Operacionalização:** estabelece os requisitos a ter para com o cliente, a conceção, desenvolvimento, produção e fornecimento de produtos e serviços;
- **Avaliação do desempenho:** estabelece os requisitos para avaliação do desempenho da qualidade e eficácia do SGQ através da monitorização, medição e análise. Também introduz o conceito de risco na gestão de auditorias internas;
- **Melhoria:** estabelece os requisitos para a melhoria associada aos processos, produtos/serviços e ao SGQ em si (Nunes, 2014).

Através dos Quadros 5 a 11 apresentados seguidamente, pode-se verificar a correlação existente entre os requisitos da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) e da NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a). Assim, o **Quadro 5** apresenta o requisito 4 - Contexto da organização (IPQ, 2015b), o qual constitui a base do sistema de gestão e determina o propósito da organização, determinando sistematicamente questões internas e externas que possam ter impacto nos resultados esperados, assim como todas as partes interessadas e seus requisitos (BSI, 2015a). Este requisito contém

quatro subcláusulas, as quais são: compreender a organização e o seu contexto (4.1); compreender as necessidades e as expectativas das partes interessadas (4.2); determinar o âmbito do sistema de gestão da qualidade (4.3); e sistema de gestão da qualidade e respetivos processos (4.4).

Quadro 5. Requisitos do SGQ: Contexto da organização vs Sistema de gestão da qualidade

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
4 Contexto da organização	4 Sistema de gestão da qualidade
4.1 Compreender a organização e o seu contexto	4 Sistema de gestão da qualidade 5.6 Revisão pela gestão
4.2 Compreender as necessidades e as expectativas das partes interessadas	4 Sistema de gestão da qualidade 5.6 Revisão pela gestão
4.3 Determinar o âmbito do sistema de gestão da qualidade	1.2 Aplicação 4.2.2 Manual da qualidade
4.4 Sistema de gestão da qualidade e respetivos processos	4 Sistema de gestão da qualidade 4.1 Requisitos gerais

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

Pela análise do Quadro 5 é possível constatar que, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), no requisito 4 - Contexto da organização surgem duas novas cláusulas (4.1 e 4.2) que dão especial destaque ao contexto em que se insere a organização certificada e às partes interessadas, focando-se na necessidade da análise do contexto em que se insere a organização, assim como a identificação das partes interessadas e a compreensão das suas expectativas (Oliveira, 2016).

O **Quadro 6** apresenta o requisito 5 - Liderança (IPQ, 2015b), o qual se destaca por colocar maior responsabilidade e dedicação sobre a “gestão de topo” ao sistema de gestão da organização (BSI, 2015a). A gestão de topo tem uma participação mais ativa na gestão do sistema, devendo alinhar a política da qualidade e as metas estabelecidas com as orientações estratégicas da organização, integrando os requisitos do sistema de gestão no processo do negócio (BSI, 2015b). Este requisito contém três subcláusulas, as quais são: liderança e compromisso (5.1); política (5.2); e funções, responsabilidades e autoridades organizacionais (5.3).

Da análise efetuada ao Quadro 6 é, ainda, possível verificar que, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) surge o novo requisito 5 – Liderança, o qual representa uma das

mudanças mais significativas, ao ser inteiramente dedicado à Liderança, colocando exigências sobre a gestão de topo (Oliveira, 2016).

Quadro 6. Requisitos do SGQ: Liderança vs Responsabilidade da gestão

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
5 Liderança	5 Responsabilidade da gestão
5.1 Liderança e compromisso	5.1 Comprometimento da gestão
5.1.1 Generalidades	5.1 Comprometimento da gestão
5.1.2 Foco no cliente	5.2 Focalização no cliente
5.2 Política	5.3 Política da qualidade
5.2.1 Estabelecer a política da qualidade	5.3 Política da qualidade
5.2.2 Comunicação da política da qualidade	5.3 Política da qualidade
5.3 Funções, responsabilidades e autoridades organizacionais	5.5.1 Responsabilidade e autoridade 5.5.2 Representante da gestão 5.4.2 Planeamento do sistema de gestão da qualidade

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

O **Quadro 7** apresenta o requisito 6 - Planeamento (IPQ, 2015b), o qual traz o pensamento de risco e com base nos riscos e oportunidades identificados (no requisito 4) precisa estipular como eles serão tratados por meio do planeamento. Tal abordagem substitui a ação preventiva, reduzindo a necessidade de ações corretivas (BSI, 2015b). Este requisito divide-se em três subcláusulas, as quais são: ações para tratar riscos e oportunidades (6.1); objetivos da qualidade e planeamento para os atingir (6.2); e planeamento de alterações (6.3).

Quadro 7. Requisitos do SGQ: Planeamento vs Responsabilidade da gestão

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
6 Planeamento	5 Responsabilidade da gestão
6.1 Ações para tratar riscos e oportunidades	5.4.2 Planeamento do sistema de gestão da qualidade
6.2 Objetivos da qualidade e planeamento para os atingir	5.4.1 Objetivos da qualidade
6.3 Planeamento de alterações	5.4.2 Planeamento do sistema de gestão da qualidade

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

Por conseguinte, a análise do Quadro 7 evidencia que, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) surge este requisito – Planeamento, o qual sempre foi um elemento familiar da ISO 9001, pese embora atualmente existe maior interesse em que seja considerado na

subcláusula 4.1 “Contexto da organização” e na subcláusula 4.2 “Partes interessadas” (BSI, 2015a). Outro elemento chave deste requisito é o facto de manter algumas das exigências contidas na subcláusula 5.4 “Planeamento” da versão de 2008 relativas aos objetivos da qualidade (BSI, 2015a).

O **Quadro 8** apresenta o requisito 7 - Suporte (IPQ, 2015b), o qual assegura que haja recursos, pessoas e infraestruturas adequadas para atender aos objetivos organizacionais, exigindo por sua vez organização, de modo a determinar e prover os recursos necessários para estabelecer, implementar, manter e melhorar continuamente o SGQ (BSI, 2015a). Este é um requisito muito poderoso que cobre todas as necessidades de recursos do SGQ e atualmente abrange tanto os recursos internos quanto os externos (BSI, 2015a). Este requisito divide-se em cinco subcláusulas, as quais são: recursos (7.1); competência (7.2); consciencialização (7.3); comunicação (7.4); e informação documentada (7.5). Esta última subcláusula ainda se divide em três tópicos: generalidades (7.5.1); criação e atualização (7.5.2); e controlo da informação documentada (7.5.3).

Quadro 8. Requisitos do SGQ: Suporte vs Gestão de recursos

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
7 Suporte	6 Gestão de recursos
7.1 Recursos	6 Gestão de recursos
7.1.1 Generalidades	6.1 Provisão de recursos
7.1.2 Pessoas	6.1 Provisão de recursos
7.1.3 Infraestrutura	6.3 Infraestrutura
7.1.4 Ambiente para a operacionalização dos processos	6.4 Ambiente de trabalho
7.1.5 Recursos de monitorização e medição	7.6 Controlo do equipamento de monitorização e de medição
7.1.5.1 Generalidades	7.6 Controlo do equipamento de monitorização e de medição
7.1.5.2 Rastreabilidade e medição	7.6 Controlo do equipamento de monitorização e de medição
7.1.6 Conhecimento organizacional	Nenhuma secção equivalente
7.2 Competências	6.2.1 Generalidades
	6.2.2 Competência, formação e consciencialização
7.3 Consciencialização	6.2.2 Competência, formação e consciencialização
7.4 Comunicação	5.5.3 Comunicação interna
7.5 Informação documentada	4.2 Requisitos da documentação
7.5.1 Generalidades	4.2.1 Generalidades
7.5.2 Criação e atualização	4.2.3 Controlo dos documentos
	4.2.4 Controlo dos registos
7.5.3 Controlo da informação documentada	4.2.3 Controlo dos documentos
	4.2.4 Controlo dos registos

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

De acordo com o Quadro 8, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) surge este requisito – Suporte, em que a subcláusula 7.1 “Recursos” se baseia nas subcláusulas 6.1 “Provisão de recursos”, 6.2 “Recursos humanos”, 6.3 “Infraestrutura” e 7.3 “Conceção e desenvolvimento” da NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a), para além de existirem requisitos adicionais para atender aos requisitos estabelecidos pela legislação aplicável (BSI, 2015a). Ainda se constata que, por um lado, as subcláusulas de monitorização e medição foram alteradas para incluir recursos, tais como o pessoal ou de formação e, por outro lado, que também existe um novo requisito, o conhecimento organizacional, que trata dos requisitos de competência, consciência e comunicação do SGQ (BSI, 2015a). Finalmente, existem os requisitos para as “informações documentadas”, sendo este um termo novo, que substitui as referências da norma de 2008 para “documentos” e “registos” (BSI, 2015a).

O **Quadro 9** apresenta o requisito 8 - Operacionalização (IPQ, 2015b), o qual trata tanto dos processos internos como externos, enquanto a gestão de processo total inclui critérios adequados para controlar estes processos, assim como os modos de gerir a mudança planeada e não intencional (Oliveira, 2016). Agora existe uma maior tendência para a utilização de subcontratantes e *outsourcing* (BSI, 2015a). Este requisito divide-se em sete subcláusulas, as quais são: planeamento e controlo operacional (8.1); requisitos para produtos e serviços (8.2); design e desenvolvimento de produtos e serviços (8.3); controlo dos processos, produtos e serviços de fornecedores externos (8.4); produção e prestação do serviço (8.5); libertação de produtos e serviços (8.6); e controlo de saídas não conformes (8.7).

Da interpretação do Quadro 9 pode-se verificar que, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) surge o requisito – Operacionalização, no qual estão centrados a maior parte dos requisitos do SGQ (Oliveira, 2016). Este requisito continua a contemplar a subcláusula “Requisitos para produtos e serviços”, que permanece quase inalterada relativamente à versão de 2008 (BSI, 2015a). Também se observa que, existe um novo requisito muito útil, para a comunicação com “potenciais clientes”, que pode trazer novas ofertas ou soluções para o mercado (BSI, 2015a). Há requisitos mais claros relativamente a normas ou códigos com práticas que a organização se comprometeu a implementar, necessidades de recursos internos e externos para a conceção e desenvolvimento de produtos e serviços, bem como as consequências potenciais de falha devido à natureza dos produtos e serviços (BSI, 2015a). Por último, existe uma nova subcláusula que abrange atividades posteriores à entrega (8.5.5), tais como programas de manutenção, trabalhos efetuados na garantia e atividades que cobrem a disposição final ou reciclagem do produto (BSI, 2015a).

Quadro 9. Requisitos do SGQ: Operacionalização vs Realização do produto

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
8. Operacionalização	7 Realização do produto
8.1 Planeamento e controlo operacional	7.1 Planeamento da realização do produto
8.2 Requisitos para produtos e serviços	7.2 Processos relacionados com o cliente
8.2.1 Comunicação com o cliente	7.2.3 Comunicação com o cliente
8.2.2 Determinação dos requisitos para produtos e serviços	7.2.1 Determinação dos requisitos relacionados com o produto
8.2.3 Revisão dos requisitos para produtos e serviços	7.2.2 Revisão dos requisitos relacionados com o produto
8.2.4 Alterações aos requisitos para produtos e serviços	7.2.2 Revisão dos requisitos relacionados com o produto
8.3 Design e desenvolvimento de produtos e serviços	7.3 Conceção e desenvolvimento
8.3.1 Generalidades	7.3.1 Planeamento da conceção e do desenvolvimento
8.3.2 Planeamento do design e desenvolvimento	7.3.1 Planeamento da conceção e do desenvolvimento
8.3.3 Entradas para design e desenvolvimento	7.3.2 Entradas para conceção e desenvolvimento
8.3.4 Controlos do design e desenvolvimento	7.3.4 Revisão da conceção e do desenvolvimento 7.3.5 Verificação da conceção e do desenvolvimento 7.3.6 Validação da conceção e do desenvolvimento
8.3.5 Saídas do design e desenvolvimento	7.3.3 Saídas da conceção e do desenvolvimento
8.3.6 Alterações de design e desenvolvimento	7.3.7 Controlo de alterações na conceção e no desenvolvimento
8.4 Controlo dos processos, produtos e serviços de fornecedores externos	7.4.1 Processo de compra
8.4.1 Generalidades	4.1 Requisitos gerais 7.4.1 Processo de compra
8.4.2 Tipo e extensão do controlo	7.4.1 Processo de compra 7.4.3 Verificação do produto comprado
8.4.3 Informação para fornecedores externos	7.4.2 Informação de compra 7.4.3 Verificação do produto comprado
8.5 Produção e prestação de serviço	7.5 Produção e fornecimento do serviço
8.5.1 Controlo da produção e da prestação do serviço	7.5.1 Controlo da produção e do fornecimento do serviço 7.5.2 Validação dos processos de produção e de fornecimento do serviço
8.5.2 Identificação e rastreabilidade	7.5.3 Identificação e rastreabilidade
8.5.3 Propriedade dos clientes ou dos fornecedores externos	7.5.4 Propriedade do cliente
8.5.4 Preservação	7.5.5 Preservação do produto
8.5.5 Atividades posteriores à entrega	7.5.1 Controlo da produção e do fornecimento do serviço
8.5.6 Controlo das alterações	7.3.7 Controlo de alterações na conceção e no desenvolvimento
8.6 Libertação de produtos e serviços	7.4.3 Verificação do produto comprado 8.2.4 Monitorização e medição do produto
8.7 Controlo de saídas não conformes	8.3 Controlo de produto não conforme

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

O **Quadro 10** apresenta o requisito 9 - Avaliação do desempenho (IPQ, 2015b), o qual determina para as organizações o quê, como e quando monitorizar, medir, analisar e avaliar (BSI, 2015a). Uma auditoria interna também é parte integrante deste processo para garantir que o sistema de gestão está em conformidade com os requisitos da organização e com a norma e seja implementado e mantido de forma bem-sucedida (Oliveira, 2016). Por último, através da revisão pela gestão, verifica-se a conveniência, adequação e eficácia do sistema de gestão (Oliveira, 2016). Este requisito divide-se em três subcláusulas, as quais são: monitorização, medição, análise e avaliação (9.1.); auditoria interna (9.2); e revisão pela gestão (9.3).

Quadro 10. Requisitos do SGQ: Avaliação do desempenho vs Medição, análise e melhoria

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
9. Avaliação do desempenho	8 Medição, análise e melhoria
9.1. Monitorização, medição, análise e avaliação	
9.1.1 Generalidades	8.1 Generalidades
	8.2.3 Monitorização e medição de processos
9.1.2 Satisfação do cliente	8.2.1 Satisfação do cliente
9.1.3 Análise e avaliação	8.4 Análise de dados
9.2 Auditoria interna	8.2.2 Auditoria interna
9.3 Revisão pela gestão	5.6 Revisão pela gestão
9.3.1 Generalidades	5.6.1 Generalidades
9.3.2 Entradas para a revisão pela gestão	5.6.2 Entrada para a revisão
9.3.3 Saídas da revisão pela gestão	5.6.3 Saída da revisão

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

Através da análise do Quadro 10 verifica-se que, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), surge o requisito - Avaliação do desempenho, agora com maior destaque na procura direta de informações que dizem respeito a como os clientes veem a organização (BSI, 2015a). Deste modo, existe agora um requisito explícito que as organizações devem mostrar como a análise e avaliação destes dados é utilizada, especialmente em relação à necessidade de melhorias para o SGQ (BSI, 2015a). Por fim, à semelhança da versão de 2008, continua a ser necessário a realização de auditorias e a revisão pela gestão.

O **Quadro 11** apresenta o requisito 10 - Melhoria (IPQ, 2015b), o qual define como gerir as não conformidades e as ações corretivas, bem como as estratégias para a melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade (BSI, 2015b). Este requisito divide-se em três subcláusulas, as quais correspondem a: generalidades (10.1); não conformidade e ação corretiva (10.2); e melhoria contínua (10.3).

Quadro 11. Requisitos do SGQ: Melhoria vs Medição, análise e melhoria

CORRELAÇÃO ENTRE OS REQUISITOS	
NP EN ISO 9001:2015	NP EN ISO 9001:2008
10 Melhoria	8 Medição, análise e melhoria 8.5 Melhoria
10.1 Generalidades	8.5.1 Melhoria contínua
10.2 Não conformidade e ação corretiva	8.3 Controlo do produto não conforme 8.5.2 Ações corretivas
10.3 Melhoria contínua	8.5.1 Melhoria contínua 8.5.3 Ações preventivas

Fonte: Adaptado de ISO (2015c).

Segundo o Quadro 11, na revisão da NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), surge o requisito – Melhoria, onde é notória a inexistência de requisitos de ações preventivas neste requisito, devido ao novo modo de lidar com ações preventivas. Por fim, relativamente aos requisitos para a melhoria contínua, estes foram estendidos para cobrir a conveniência e adequação do SGQ, bem como a sua eficácia, pese embora não especifique como uma organização consegue atingir essa finalidade (BSI, 2015a).

De acordo com a NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b), pode-se afirmar que os requisitos da norma são genéricos e coerentes, especificando um conjunto de linhas de orientação para a implementação de um SGQ que podem ser aplicadas a qualquer tipo de organização, independentemente do tipo ou dimensão, ou dos produtos e serviços que disponibilizam.

Por conseguinte, a NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) trouxe algumas mudanças na terminologia utilizada, como se pode constatar através do **Quadro 12**, de modo a melhorar o alinhamento com outras normas de sistemas de gestão. Segundo a NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b: 31):

“Não há nenhum requisito que obrigue a que os termos utilizados pela organização sejam substituídos pelos termos utilizados nesta Norma para especificar requisitos do sistema de gestão da qualidade. As organizações podem escolher utilizar termos adequados à forma como fizeram a operacionalização (por exemplo: utilizar “registos”, “documentação” ou “protocolos” em vez de “informação documentada”; ou “fornecedor”, “parceiro” ou “vendedor” em vez de “fornecedor externo”).

Quadro 12. Diferenças de terminologia entre NP EN ISO 9001:2008 e NP EN ISO 9001:2015

NP EN ISO 9001:2008	NP EN ISO 9001:2015
Produtos	Produtos e serviços
Exclusões	Não utilizado
Representante da gestão	Não utilizado
Documentação, manual da qualidade, procedimentos documentados, registos	Informação documentada
Ambiente de trabalho	Ambiente para a operacionalização dos processos
Equipamento de monitorização e medição	Recursos de monitorização e medição
Produto comprado	Produtos e serviços de fornecedores externos
Fornecedor	Fornecedor externo

Fonte: IPQ (2015b: 31).

Face ao exposto, a versão de 2015 não faz referência a alguns itens como os relativos às “exclusões” ou ao “representante da gestão”. De facto, esta norma não menciona as “exclusões” à aplicabilidade dos requisitos ao SGQ, apesar de cada organização poder rever a aplicabilidade de determinados requisitos em função da sua dimensão, da complexidade das suas operações, do modelo de gestão adotado ou dos riscos/oportunidades com que se depara. Quanto ao “representante da gestão”, constata-se que desaparece a ideia de haver um representante único, passando a haver um maior enfoque na gestão de topo e nas pessoas que a integram, as quais passam a ter uma maior participação na gestão do sistema, com vista a alinhar a política de qualidade com as orientações definidas para a organização.

1.5 Considerações Finais

Num mundo em que a competitividade se afere como cada vez mais feroz e vencedora, a qualidade assume-se como um imperativo estratégico para que as organizações se destaquem no mercado competitivo. Deste modo, tem-se assistido nas últimas décadas à proliferação mundial de referenciais normativos relativos a SGQ, sem os quais seria difícil estabelecer as linhas de atuação e estratégias para a gestão dos serviços prestados. Este capítulo apresentou uma reflexão acerca dos SGQ, no qual se abordaram temáticas específicas sobre a qualidade, tais como: os princípios; as normas; e os requisitos do SGQ.

Assim, pode-se assumir que a implementação de um SGQ numa organização deve ter como base as necessidades dos seus clientes, baseada na identificação de requisitos de qualidade do produto ou serviço, no estabelecimento de um planeamento para que esse padrão seja atingido e na procura constante da melhoria, visando a satisfação dos clientes e a eficácia da organização (Valls, 2004). Como tal, os princípios do SGQ podem ser utilizados pela gestão de topo para que a sua organização esteja direcionadas holisticamente para a produtividade, qualidade e competitividade dos seus produtos e serviços (Valls, 2004).

O desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia do sistema, que a NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b) segue, vai de encontro à metodologia PDCA, suportando esta todos os impactos da implementação da norma. De facto, com o objetivo de garantir um desenvolvimento sustentável e melhorar o desempenho geral das organizações foi realizada, em 2015, uma revisão da NP EN ISO 9001:2008 (IPQ, 2008a), dando origem à NP EN ISO 9001:2015 (IPQ, 2015b). Esta nova versão da norma:

“(...) incentiva a intensificação do foco de interessados internos e externos na adoção de uma abordagem baseada no risco para a gestão da qualidade e enfatiza a importância da adoção de um SGQ como decisão estratégica da organização” (SGS, 2016: 1).

Em suma, a implementação do SGQ, baseada nos requisitos da norma, pode ter como fim a sua utilização ou aplicação interna, a sua certificação, ou ainda ser implementada para fins meramente contratuais. No entanto, o objetivo primordial é tornar o SGQ de tal modo eficaz que permita a satisfação dos requisitos do cliente. Porém, como refere Guia (2011), as empresas que implementam um SGQ ambicionam a sua certificação, uma vez que o reconhecimento por uma entidade externa e independente de que a empresa satisfaz o cliente e obedece às exigências legais de uma forma eficaz é um fator de diferenciação vital para o sucesso da organização conferindo maior credibilidade aos produtos/serviços.

European Quality in Social Services: Apresentação

2.1 Enquadramento

Apesar da utilização de SGQ merecer grande destaque nas sociedades atuais, quer ao nível do setor privado, quer ao nível do setor público, durante longos anos foi preocupação exclusiva das organizações do primeiro setor (Engel, 2002). Assim, também as organizações do terceiro setor, como sejam as organizações de caridade, religiosas, arte, organizações comunitárias, sindicatos, associações profissionais e outras organizações voluntárias, em suma organizações sem fins lucrativos e não-governamentais, que têm como objetivo gerar serviços de caráter público, têm revelado uma crescente preocupação em melhorar o desempenho das suas operações e a qualidade dos serviços prestados a todas as suas partes interessadas, através da implementação de modelos de gestão da qualidade.

Atualmente existem vários modelos e instrumentos de certificação dos sistemas da qualidade, nomeadamente no setor das respostas sociais, sendo o European Quality in Social Services (EQUASS) um dos modelos mais comuns. O EQUASS foi concebido e orientado pela *European Platform for Rehabilitatins* (EPR) e aprovado por um Comité Europeu da Qualidade, tendo por base sistemas de qualidade total e modelos de excelência (EQUASS, 2015). Este é um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que operam no âmbito dos serviços sociais, através de três níveis de reconhecimento: a certificação da qualidade dos serviços sociais (nível I); a certificação da excelência dos serviços sociais (nível II); e o prémio europeu da qualidade dos serviços sociais (nível III) (EQUASS, 2015). Em Portugal, o reconhecimento mais comum é a certificação EQUASS pelo nível I, existindo ainda poucas organizações que ostentam a certificação pelo nível II (Freitas *et al.*, 2012).

Por conseguinte, o presente capítulo inicia-se com a apresentação dos serviços sociais como organização do terceiro setor (ponto 2.2), enquadrando os diferentes modelos de certificação dos sistemas da qualidade das respostas sociais, mais especificamente o referencial EQUASS, para além de se enumerarem os princípios da qualidade que servem de base a este referencial. No ponto 2.3 estabelece-se a relação entre os princípios da qualidade, as dimensões para a certificação, os critérios EQUASS e os indicadores chave do desempenho de uma organização,

com vista à certificação da qualidade. No ponto 2.4 é abordado o processo de execução da certificação da qualidade dos serviços sociais, assim como as vantagens e desvantagens decorrentes do mesmo processo. Por último, no ponto 2.5 tecem-se algumas considerações finais sobre a importância da certificação da qualidade nas organizações.

2.2 Princípios da Qualidade dos Serviços Sociais

A aposta na qualidade é uma realidade cada vez mais importante para todo o tipo de organizações que procuram a melhoria do desempenho dos serviços e a sua correta monitorização e medição. Neste âmbito, também as áreas sociais (ou terceiro setor) pretendem acompanhar este movimento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados a todos os *stakeholders*. Para Martins e Brasilmar (2004), o terceiro setor é constituído por organizações sem fins lucrativos, com elevada ênfase na participação voluntária, num âmbito não-governamental, como forma de dar continuidade às práticas tradicionais da caridade, filantropia e mecenato, podendo expandir a sua atividade para outros domínios.

Em Portugal, a responsabilidade pela função de proteção social do Estado encontra-se delegada no Instituto de Segurança Social (ISS), I.P., organismo que gere as respostas prestadas. Grande parte dos serviços sociais oferecidos pelas organizações correspondem aos prestados pelo terceiro setor, de que são exemplo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), através de acordos de cooperação que resultam da atribuição de uma prestação pecuniária à Instituição, que se responsabiliza pela sua gestão e pela prestação do serviço (Costa, 2009).

Ao nível das IPSS, o Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de fevereiro (MAS, 1983), institui o Estatuto das IPSS (EIPSS), as quais, de acordo com o artigo 2º, podem ser de natureza associativa ou de natureza fundacional. Estas organizações são constituídas por iniciativa de particulares, não tendo fins lucrativos:

“com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico” (MAS, 1983: 644).

Em conformidade com o artigo 8º do EIPSS (MAS, 1983), as IPSS, após o seu registo, adquirem o estatuto de pessoas coletivas de utilidade pública, facto que lhes permite a atribuição de benefícios (isenções fiscais, apoios financeiros, entre outros) e encargos (prestação de contas,

obrigação de cooperação com a Administração Pública, entre outros) por parte do Estado. O objetivo destas instituições é o fornecimento de bens e/ou serviços sociais em várias áreas, nomeadamente na proteção de crianças e jovens, na velhice, na deficiência, na saúde, na habitação, no desemprego e exclusão social, educação e formação. De acordo com o artigo 4º do EIPSS (MAS, 1983), a concretização dos objetivos que prosseguem faz-se através de respostas de ação social em equipamentos e serviços, bem como através do estabelecimento de acordos.

Para Fonseca (2007), o terceiro setor gera cada vez mais emprego, por vezes em parcerias com o Estado através de programas e projetos. Neste sentido, dada a premência da mudança, a implementação de um SGQ, como já temos vindo a referir, apresenta-se como uma alternativa capaz de criar estruturas que contribuam para a melhoria do serviço e para a sustentabilidade das instituições. A qualidade das respostas sociais será um fator de diferenciação e de melhor gestão das organizações, podendo contribuir para a sua sustentabilidade, no sentido em que a prestação de um serviço com qualidade adaptado às necessidades dos clientes, tendo como objetivo a sua satisfação, atrairá novos clientes e visibilidade no exterior (Guia, 2011).

Também a Rede Europeia Anti Pobreza / Portugal (REAPN), que representa em Portugal a *European Anti-Poverty Network* (EAPN), tem como objetivo que a implementação de processos de qualidade nas IPSS contribua para uma melhor execução das actividades, tendo em conta a missão e valores das mesmas, pretendendo que sejam localizadas as falhas e que se melhorem os serviços prestados e ainda que a gestão das organizações se torne cada vez mais transparente (Araújo, 2008).

Em todas as organizações, qualquer que seja a forma adotada, é fundamental que todos os recursos humanos e materiais existam no momento e à medida que são necessários e que todos os órgãos e serviços atuem em coordenação, orientados para a máxima eficácia. Se nas empresas a eficácia é importante, nas organizações sem fins lucrativos torna-se ainda mais importante, pois os meios disponíveis são, geralmente, escassos face ao muito que importa fazer. Estes não são normalmente provenientes de recursos de origem própria mas de financiamentos públicos e/ou donativos de terceiros (Apolinário, 2002).

Nos últimos anos tem-se assistido ao aumento significativo da certificação dos sistemas da qualidade das respostas sociais, sendo, do ponto de vista de Freitas *et al.* (2012), os de utilização mais comum no setor público a NP EN ISO 9001, a *Common Assessment Framework* (CAF), a *European Framework for Quality Management* (EFQM) e o *Balanced Scorecard* (BSC). A

estes juntam-se ainda dois outros modelos, a Certificação de Respostas Sociais e o *European Quality in Social Services* (EQUASS). Segundo as mesmas autoras, os modelos CAF, EFQM e BSC não permitem a certificação de um sistema de gestão da qualidade, comprometendo-se unicamente com um reconhecimento externo dos serviços e organismos públicos, que se destacam pela excelência do seu desempenho. No entanto, através do protocolo celebrado entre a Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ), parceiro nacional da EFQM, os serviços e organismos públicos, no caso de se candidatarem ao *Committed to Excellence* (C2E), podem utilizar estes modelos apenas como ferramentas de autoavaliação. Deste modo, estes modelos apesar de não incidirem na certificação de um SGQ, auxiliam a organização na criação de mais valor, para uma melhoria da qualidade do seu desempenho de forma orientada (Freitas *et al.*, 2012).

O EQUASS é um sistema que permite o reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais, nomeadamente formação profissional, assistência e cuidados às pessoas em situação de fragilidade social, reabilitação e outros domínios dos serviços sociais (Guia, 2011). Este sistema foi aprovado e é supervisionado por um Comité Europeu da Qualidade gerido pela EPR, tendo sido inspirado nos sistemas de qualidade total e nos modelos de excelência, tendo como eixos fundamentais a autoavaliação e a aprendizagem organizacional (Guia, 2011).

Segundo Van Beek (2012), este SGQ pretende envolver as organizações prestadoras de serviços sociais no desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade, de modo a que a qualidade dos serviços possa ser garantida aos utilizadores dos mesmos e às outras partes interessadas. Ainda segundo este autor, para dar cumprimento à missão da iniciativa EQUASS foram estabelecidas três atividades fulcrais: o reconhecimento dos prestadores de serviços sociais no fornecimento de serviços de qualidade através da certificação; a formação de auditores, consultores e gestores da qualidade; e o apoio aos prestadores de serviços sociais na implementação dos princípios do sistema EQUASS. Deste modo, para que uma organização garanta a certificação EQUASS deve evidenciar o seu desempenho baseado em dez princípios da qualidade (EQUASS, 2012), nomeadamente:

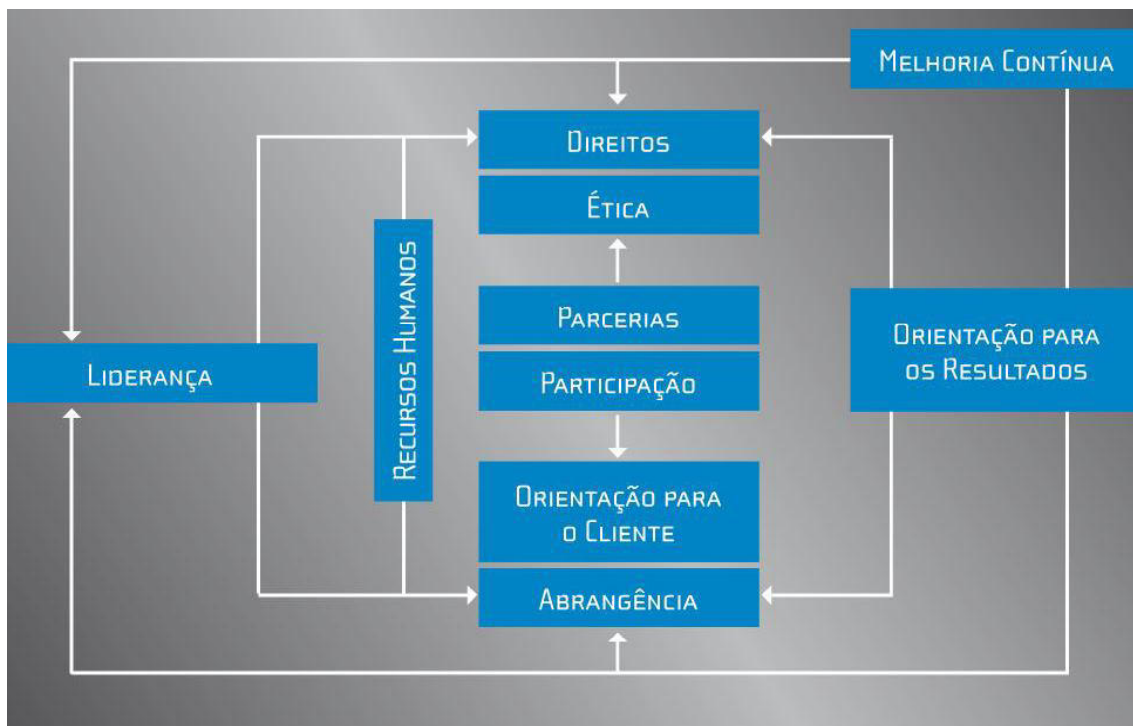
- 1. Liderança** – as organizações evidenciam estratégias de liderança no setor dos serviços sociais, através de boa governação e da projeção de uma imagem positiva, incitando às boas práticas e à inovação, garantindo uma utilização mais eficiente dos recursos e contribuindo para a criação de uma sociedade mais aberta e inclusiva;

2. **Recursos humanos** – as organizações lideram e gerem os seus colaboradores e o respetivo desempenho para alcançarem os objetivos organizacionais e assegurar uma prestação de serviços centrada no cliente/utilizador. As organizações fomentam uma cultura de envolvimento, desenvolvimento e aprendizagem contínua dos seus colaboradores em prol das pessoas servidas e outras partes interessadas, sem esquecer a promoção da saúde, segurança e bem-estar dos seus colaboradores de modo a proporcionar condições de trabalho adequadas;
3. **Direitos** – as organizações promovem a defesa dos direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), a nível de igualdade de oportunidades, igualdade de tratamento e liberdade de escolha, autodeterminação e participação equitativa, assegurando o consentimento informado e adotando uma atitude positiva e não discriminatória dentro dos próprios serviços;
4. **Ética** – as organizações funcionam com base num Código de Ética, que respeita e protege a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e, ainda, descreve os requisitos das organizações em termos de competências exigidas, para além de promover a justiça social;
5. **Parcerias** – as organizações atuam em parceria com entidades públicas e privadas, empregadores e representantes dos trabalhadores, entidades financiadoras e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), organizações representativas, grupos locais, famílias e prestadores de cuidados, para criar um contínuo de serviços de modo a garantir a continuidade dos serviços, obter resultados cada vez mais eficazes e uma sociedade mais aberta e inclusiva;
6. **Participação** – as organizações promovem a participação e inclusão dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) em todos os níveis da organização e na comunidade; envolvem os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) como membros ativos das suas próprias equipas de trabalho e em colaboração com entidades e grupos representativos de apoio à defesa, eliminação de barreiras, ensino público e promoção ativa da igualdade de oportunidades, promovendo o *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
7. **Orientação para o Cliente** – as organizações implementam processos com vista à melhoria da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), tendo em conta as suas necessidades e expectativas; valorizam o seu contributo individual, envolvendo-os na sua autoavaliação e na avaliação dos serviços prestados e, posteriormente, apresentam a criação de valor e os objetivos dos serviços tendo em conta o ambiente físico e social em que estão inseridos;

- 8. Abrangência** – as organizações asseguram aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) a continuidade dos serviços abrangentes e baseados na comunidade, valorizando a contribuição de todos os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e potenciais parceiros, comunidade local, empregadores e outras partes interessadas, atuando desde a intervenção precoce, ao apoio e acompanhamento continuado. Os serviços devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar ou em parceria com outros prestadores de serviços e empregadores;
- 9. Orientação para os Resultados** – as organizações orientam-se para os resultados, em termos de benefícios para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), seus familiares, cuidadores, empregadores, outras partes interessadas e a comunidade em geral e, também, anseiam alcançar maior valor para os seus compradores de serviços e entidades financiadoras. O impacto dos serviços é medido e monitorizado, sendo essa estratégia importante dos processos de melhoria contínua, transparência e responsabilização;
- 10. Melhoria Contínua** – as organizações são proactivas na identificação e satisfação das necessidades do mercado, utilizando de modo mais eficiente os recursos, desenvolvendo e melhorando os serviços, promovendo a investigação e o desenvolvimento para alcançar a inovação. As organizações potencializam estratégias eficientes de marketing e comunicação, valorizam o *feedback* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), entidades financiadoras e outras partes interessadas, para além de implementarem sistemas de melhoria contínua da qualidade.

Através da **Figura 2** verifica-se que os princípios da qualidade dos serviços sociais estão relacionados entre si, formando o alicerce para a construção de um sólido SGQ, uma vez que integram e conjugam as diferentes perspetivas dos clientes, prestadores de serviços, parceiros sociais, entidades financiadoras, reguladoras e decisores políticos. Em paralelo, é pertinente afirmar que estes princípios são práticas indispensáveis para qualquer organização que ambiciona uma gestão direcionada para a excelência dos serviços prestados. De acordo com Dale *et al.* (2007), a gestão da qualidade dos serviços preocupa-se com os determinantes dessa qualidade e a forma como podem ser medidos, identificando potenciais falhas e formas de resolver as mesmas. As falhas correspondem a custos para as organizações, que obrigam a determinar um conjunto de ações corretivas para eliminar o efeito das falhas junto das partes interessadas (Fey e Gogue, 1983). O estudo da qualidade dos serviços ganhou importância pelo peso dos serviços na economia, bem como pelas suas características únicas, ao envolver a intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade (Vibha *et al.*, 2011).

Figura 2. Princípios da qualidade EQUASS



Fonte: Cunha (2011: 17).

2.3 Certificação da Qualidade e da Excelência dos Serviços Sociais

O EQUASS é um sistema de certificação da qualidade vocacionado para instituições de cariz social e tem como objetivos principais assegurar o cumprimento de referenciais de excelência, a qualidade da prestação de serviços, a qualidade da gestão, a operacionalidade do SGQ e o reconhecimento europeu (Carvalho e Monteverde, 2013).

Em 2012, o Comité de Certificação do EQUASS decidiu adotar novos princípios e critérios da qualidade nos seus sistemas *Assurance* e *Excellence*, como uma forma de adoção dos requisitos da Comissão Europeia, em termos de adaptação às novas exigências das partes interessadas e do contexto de mudança no setor social (Marinho, 2015). Desde então, o modelo de certificação do EQUASS baseia-se, como já foi referido no ponto 2.2., numa estrutura de dez princípios da qualidade, tendo subjacentes cinquenta critérios, permitindo a certificação segundo dois níveis da qualidade: EQUASS *Assurance* (nível I); e EQUASS *Excellence* (nível II).

A Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais, através do EQUASS *Assurance* (nível I), corresponde ao primeiro nível do sistema e garante a qualidade da prestação de serviços, através da certificação da qualidade em conformidade com cinquenta critérios, agrupados em 24 dimensões, os quais se desdobram e concretizam em cem indicadores de desempenho. De referir que, para cada critério é obrigatório definir um indicador chave de desempenho (KPI – *Key Performance Indicator*), ou seja, traçar resultados e tendências para cada critério (EQUASS, 2016). Sempre que as organizações demonstrem a conformidade com os critérios definidos obtêm certificação por um período de 2 anos (EQUASS, 2016).

A Certificação da Excelência dos Serviços Sociais, através do EQUASS *Excellence* (nível II), corresponde ao segundo nível do sistema e certifica as organizações que demonstrem, ao nível dos dez princípios da qualidade, resultados de excelência e melhoria contínua, em três perspetivas diferentes: abordagem; disseminação; e resultados (EQUASS, 2016). Os resultados obtidos pelas organizações certificadas são publicados, permitindo o *benchmarking* e o *benchlearning*, sendo a certificação válida por um período de 3 anos (EQUASS, 2016).

Ainda existe um terceiro nível, que reconhece o desempenho particularmente excelente das organizações, ou seja, o EQUASS *Award* (nível III). O Prémio Europeu da Qualidade dos Serviços Sociais resulta de um processo de competição anual entre as organizações com certificação EQUASS *Excellence* e tem por base a avaliação e *benchmarking* do desempenho (EQUASS, 2016). Os vencedores são organizações extraordinárias, modelos europeus nas suas abordagens e nos resultados alcançados (Cunha, 2011).

Tanto o EQUASS *Assurance*, como o EQUASS *Excellence*, estão fortemente ligados entre si, facilitando e impulsionando um modo natural de desenvolvimento e evolução dos sistemas da qualidade nas organizações prestadoras de serviços sociais. Os três níveis do programa de certificação EQUASS apresentam a mesma estrutura, isto é, princípios da qualidade, critérios subjacentes e indicadores de desempenho, possibilitando uma evolução no modelo ajustada ao ritmo e às capacidades das organizações e cada nível é entendido como um patamar de acesso ao nível seguinte.

Por conseguinte, a certificação da qualidade pelo EQUASS assegura um reconhecimento europeu do compromisso das organizações com os referenciais de boas práticas ao nível do desempenho dos serviços sociais, garantindo a qualidade da prestação de serviços, a qualidade da gestão e a operacionalidade do SGQ (Barrantes, 2012). O principal objetivo do sistema é

satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes, dos prestadores de serviços, dos parceiros sociais, das entidades financiadoras, reguladoras e dos decisores políticos, traduzidas através das características da qualidade do produto ou serviço, sejam elas tangíveis ou não. Esta ligação assegura que as melhorias obtidas contribuíam para os propósitos globais da organização, viabilizando a busca da melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços e da produtividade da organização, fomentando a satisfação dos seus clientes, a sua competitividade e, consequentemente, a sua visibilidade no mercado.

Em suma, os 10 princípios da qualidade, as 24 dimensões para a certificação, os 50 critérios EQUASS e os 100 indicadores chave do desempenho de uma organização estão intimamente relacionados entre si, como se pode observar nos Quadros 13 a 21. Ao analisar o **Quadro 13** verifica-se que, o Princípio 1 da Qualidade - «Liderança» apresenta quatro dimensões, em que cada uma dispõe de dois critérios e dois indicadores. Assim, a **Missão, Visão e Política de Qualidade** é a primeira dimensão do Princípio «Liderança», a qual indica que:

“A declaração de missão fornece ao prestador de serviços sociais uma visão quanto ao futuro e à direção do desenvolvimento da sua política negócio. Ajuda igualmente à criação de clareza e transparência junto dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), colaboradores e outras partes interessadas” (EQUASS (2012: 6).

Enquanto, a política de qualidade:

“(...) descreve metas e objetivos relevantes e o compromisso da gestão para atingir esses objetivos. Enfatiza também a melhoria contínua do desempenho da organização. A implementação da política é considerada uma função chave dentro na organização do prestador de serviço social, garantindo que todos os colaboradores entendam a visão, missão, objetivos e estratégia da organização na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores)” (EQUASS (2012: 6).

Quadro 13. Sistema EQUASS: Liderança

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
1	Liderança	Missão, visão e política da qualidade	1	1, 2
			2	3, 4
		Comunicação	3	5, 6
			4	7, 8
		Planeamento anual	5	9, 10
			6	11, 12
		Contributo para a sociedade	7	13, 14
			8	15, 16

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (1 e 2) e quatro indicadores (1, 2, 3 e 4), nomeadamente:

- **Critério 1** – a organização define, documenta e implementa a sua visão, missão e valores na prestação do serviço. Assim, através do indicador 1, verifica-se se a organização tem documentada a visão, a missão e os valores da organização; e através do indicador 2, verifica-se se os colaboradores conhecem a visão, a missão e os valores da organização;
- **Critério 2** – a organização define, documenta e implementa a sua política da qualidade, estabelecendo metas da qualidade a longo prazo e evidenciando o compromisso com a melhoria contínua. Assim, através do indicador 3, verifica-se se a organização tem uma política da qualidade documentada, contendo as metas a longo prazo e o compromisso com a melhoria contínua; e através do indicador 4, confirma-se se os colaboradores conhecem a política da qualidade da organização.

De acordo com o EQUASS (2012: 7), a **Comunicação** é a segunda dimensão do Princípio «Liderança», a qual se refere:

“(...) aos mecanismos presentes na organização para gestão, partilha e distribuição de informação e feedback. A comunicação é considerada eficaz quando as partes interessadas internas e/ou externas têm acesso a informação relevante, precisa e atualizada. Com uma comunicação eficaz, os potenciais e atuais clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) podem fazer escolhas informadas, os colaboradores podem maximizar a sua eficácia e a gestão efetuar o seu planeamento de uma forma estratégica.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (3 e 4) e quatro indicadores (5, 6, 7 e 8), especificamente:

- **Critério 3** – os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), seus familiares e as organizações que utilizem os serviços podem dar *feedback* sobre a sua experiência relativamente aos programas e serviços prestados. Assim, através do indicador 5, verifica-se se as partes interessadas têm oportunidade de dar *feedback* sobre os programas e os serviços; e, através do indicador 6, confirma-se se é documentado o *feedback* dos colaboradores, entidades financiadoras e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 4** – a organização informa todas as partes interessadas sobre os programas disponibilizados e serviços oferecidos. Assim, através do indicador 7, verifica-se se

existe informação disponível sobre o desenvolvimento de programas e serviços, os processos e procedimentos, o desempenho da organização, os próximos eventos relevantes e as oportunidades para o envolvimento de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 8, confirma-se se as partes interessadas estão conscientes dos programas e serviços oferecidos.

Em conformidade com o EQUASS (2012: 8), o **Planeamento Anual** é a terceira dimensão do Princípio «Liderança», a qual menciona que:

“A organização deverá assegurar liderança, gestão e estabilidade por forma a assegurar a concretização da sua missão. Neste sentido, a organização deverá esforçar -se para alcançar e manter a estabilidade na prestação dos serviços, no seu desenvolvimento e inovação, e numa estrutura financeira equilibrada.”

Neste sentido:

“O planeamento anual é crucial para a implementação e controlo destes objetivos, e por tanto, deve estar interligado ao planeamento estratégico da organização” (EQUASS, 2012: 8).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (5 e 6) e quatro indicadores (9, 10, 11 e 12), concretamente:

- **Critério 5** – a gestão da organização estabelece e documenta o processo de planeamento anual e o respetivo processo de revisão. Portanto, através do indicador 9, verifica-se se o processo de planeamento anual está documentado; e, através do indicador 10, confirma-se se o processo de planeamento anual está implementado e se é revisto periodicamente;
- **Critério 6** – o plano inclui os objetivos/metasp anuais, as atividades a desenvolver para atingir os objetivos/metasp anuais, a monitorização do desempenho da organização no cumprimento dos seus objetivos/metasp anuais e os prazos e procedimentos para análise e revisão. Assim, através do indicador 11, verifica-se se o planeamento anual tem um carácter cíclico relativamente aos objetivos/metasp SMART (S - Específico, M - Mensurável, A - Atingível, R - Relevante e T - Temporal), à identificação de atividades chave, aos resultados tangíveis e à revisão dos objetivos e metas; e, através do indicador 12, confirma-se se o planeamento anual é aprovado pela gestão de topo.

Segundo o EQUASS (2012: 8), o **Contributo para a Sociedade** é a quarta, e última, dimensão do Princípio «Liderança», a qual refere que:

“Os serviços sociais têm impacto na sociedade, resultante da própria natureza e dos objetivos da sua atividade principal. Os resultados destas atividades centrais podem-se manifestar pela satisfação dos seus clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), partes interessadas, entidades financiadoras, comunidade e resultados chave do desempenho. A responsabilidade social de uma organização prestadora de serviços sociais é considerada como um conceito importante a que deve ser dada atenção especial, indo mais além das necessidades dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores).”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (7 e 8) e quatro indicadores (13, 14, 15 e 16), designadamente:

- **Critério 7** – a organização demonstra o seu sucesso na satisfação das necessidades e expectativas da sociedade. Assim, através do indicador 13, verifica-se se a organização recolhe *feedback* das suas partes interessadas na sociedade; e, através do indicador 14, confirma-se se a organização demonstra resultados tangíveis de satisfação das necessidades e expectativas da sociedade;
- **Critério 8** – a organização demonstra a sua responsabilidade social através de iniciativas que contribuem para a sociedade. Deste modo, através do indicador 15, verifica-se se a organização está envolvida em atividades baseadas na comunidade; e, através do indicador 16, confirma-se se a organização demonstra evidências do seu valor acrescentado para a sociedade.

O **Quadro 14** apresenta, para o Princípio 2 da Qualidade - «Recursos humanos», três dimensões, em que cada dimensão dispõe de dois critérios e dois indicadores. Assim, segundo o EQUASS (2012: 10), a **Gestão dos Recursos Humanos** é a primeira dimensão do Princípio «Recursos Humanos», a qual indica que:

“Um fator determinante para a qualidade da prestação do serviço, não é apenas a qualificação e desenvolvimento dos colaboradores, mas também um processo de recrutamento estruturado e transparente. Igualmente importante são as condições de trabalho dos colaboradores e voluntários, de forma a potenciar o seu bom desempenho e a sua motivação no trabalho.”

Quadro 14. Sistema EQUASS: Recursos humanos

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
2	Recursos Humanos	Gestão dos recursos humanos	9	17, 18
			10	19, 20
		Qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos	11	21, 22
			12	23, 24
		Envolvimento dos colaboradores	13	25, 26
			14	27, 28

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (9 e 10) e quatro indicadores (17, 18, 19 e 20), concretamente:

- **Critério 9** – a organização tem uma política de recrutamento e retenção que promove a seleção de profissionais qualificados baseada nos conhecimentos, capacidades/aptidões e competências requeridos. Assim, através do indicador 17, constata-se se a organização tem documentada a política de recrutamento de colaboradores, os critérios para o seu recrutamento, o processo de recrutamento e a sua política de igualdade de oportunidades e não-discriminação; e, através do indicador 18, verifica-se se a política de recrutamento e retenção promove uma seleção de colaboradores, baseada em conhecimentos, capacidades/aptidões e competências;
- **Critério 10** – a organização atua em conformidade com a legislação nacional obrigatória, proporcionando condições de trabalho apropriadas, um nível de qualificação e número de colaboradores adequado e acordado, bem como uma recompensa apropriada para os colaboradores. Deste modo, através do indicador 19, confirma-se se a organização tem documentada a sua política em conformidade com a legislação laboral nacional, a sua política de reconhecimento dos colaboradores e dos voluntários (se aplicável); e através do indicador 20, verifica-se se a organização avalia as condições de trabalho da gestão, dos colaboradores e dos voluntários (se aplicável).

De acordo com o EQUASS (2012: 11), a **Qualificação e Desenvolvimento dos Recursos Humanos** é a segunda dimensão do Princípio «Recursos humanos», a qual expõe que:

“Um fator determinante da qualidade do serviço prestado é a qualificação e competência dos colaboradores, e o seu nível de educação e formação académica. É essencial que as organizações tenham uma abordagem sistemática do recrutamento e do desenvolvimento profissional dos colaboradores envolvidos na prestação do serviço social.”

É ainda, dever das organizações:

“(…) assegurar que os colaboradores têm a devida experiência e competência para o cumprimento das suas funções, e garantir o acesso e incentivar os mesmos a utilizar as oportunidades e os apoios ao desenvolvimento disponibilizados. Deverá igualmente existir uma abordagem sistemática para a identificação de necessidades de formação e desenvolvimento dos colaboradores.” (EQUASS, 2012: 11).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (11 e 12) e quatro indicadores (21, 22, 23 e 24), nomeadamente:

- **Critério 11** – a organização dá formação a todos os seus colaboradores com base num plano de formação e desenvolvimento e, posteriormente, avalia a eficácia dessa formação. Deste modo, através do indicador 21, constata-se se o plano para a qualificação e apoio ao desenvolvimento dos colaboradores está documentado e avalia-o anualmente; e, através do indicador 22, verifica-se se a organização evidencia registos de todas as atividades de formação dos colaboradores e se avalia a eficácia das atividades formativas (com base na avaliação efetuada pelos colaboradores e outras partes interessadas);
- **Critério 12** – a organização define os requisitos de competência na descrição das funções e responsabilidades dos colaboradores e avalia-os anualmente. Assim, através do indicador 23, confirma-se se os requisitos de competência dos colaboradores estão identificados, especificados, documentados e a ser avaliados anualmente; e, através do indicador 24, verifica-se se o desempenho dos colaboradores diretamente envolvidos na prestação de serviços sociais é avaliado periodicamente.

Conforme preconiza o EQUASS (2012: 12), o **Envolvimento dos Colaboradores** é a terceira e última dimensão do Princípio «Recursos humanos», a qual se refere:

“(…) à criação de oportunidades para que estes se relacionem com os seus colegas, com a gestão e com a organização em geral. Refere-se também à criação de um ambiente em que os colaboradores são motivados a se conectarem com o seu trabalho e se preocuparem verdadeiramente em fazer um bom trabalho. É um conceito que coloca a flexibilidade, a mudança e a melhoria contínua, no centro do que realmente significa ser um empregado e um empregador num local de trabalho do século 21.”

Por outro lado:

“As estratégias de envolvimento dos colaboradores potenciam as pessoas a darem o seu melhor no trabalho, reconhecendo que tal só é possível se as mesmas se sentirem

respeitadas, envolvidas, ouvidas, bem lideradas e valorizadas por aquelas para quem, e com quem trabalham.” (EQUASS, 2012: 12).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (13 e 14) e quatro indicadores (25, 26, 27 e 28), especificamente:

- **Critério 13** – a organização reconhece os trabalhadores como uma fonte de avaliação do desempenho organizacional, do desenvolvimento dos serviços e do desenvolvimento dos colaboradores. Assim, através do indicador 25, verifica-se se a organização tem uma política e procedimento para o envolvimento ativos dos colaboradores no planeamento dos serviços e na avaliação dos serviços; e, através do indicador 26, confirma-se se a organização regista o envolvimento dos colaboradores e a sua avaliação sobre o mesmo, se utiliza o *feedback* dos colaboradores no planeamento anual e estratégico e no desenvolvimento dos próprios colaboradores;
- **Critério 14** – a organização implementa mecanismos que desenvolvem os níveis de satisfação e motivação dos colaboradores. Assim, através do indicador 27, constata-se se a organização mede, regista e avalia a satisfação e motivação dos colaboradores; e, através do indicador 28, verifica-se se a organização implementa mecanismos de reconhecimento dos colaboradores.

O **Quadro 15** apresenta, para o Princípio 3 da Qualidade - «Direitos», duas dimensões, a primeira com três critérios e a segunda com dois, sendo que cada critério dispõe de dois indicadores. Assim, de acordo com o EQUASS (2012: 14), os **Direitos e Deveres** são a primeira dimensão do Princípio «Direitos», a qual refere que:

“Um dos valores fundamentais nas organizações do sector dos serviços sociais é o compromisso com a defesa e a promoção dos direitos dos seus clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) em termos de igualdade de oportunidades, igualdade de tratamento e participação equitativa, criando condições para uma escolha informada e adotando princípios de não-discriminação.”

Quadro 15. Sistema EQUASS: Direitos

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
3	Direitos	Direitos e deveres	15	29, 30
			16	31, 32
			17	33, 34
		Autodeterminação	18	35, 36
			19	37, 38

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados três critérios (15, 16 e 17) e seis indicadores (29, 30, 31, 32, 33 e 34), concretamente:

- **Critério 15** – a organização assegura os direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) numa Carta de Direitos, baseada na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa, e outras convenções internacionais em matéria de direitos humanos, em particular as elaboradas no âmbito das Nações Unidas. Assim, através do indicador 29, verifica-se se a organização tem documentada uma carta de direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e uma carta de direitos em conformidade com as convenções internacionais sobre direitos humanos; e, através do indicador 30, confirma-se se todos os colaboradores, incluindo os voluntários, conhecem os direitos e deveres dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 16** – a organização informa os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre os seus direitos e deveres, especialmente quanto à igualdade de tratamento, independentemente da idade, deficiências e incapacidades, género, raça, religião ou crença e orientação sexual. Assim, através do indicador 31, verifica-se se a organização tem evidências acerca da informação prestada aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre os seus direitos e deveres; e, através do indicador 32, constata-se se os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) estão conscientes dos seus direitos e deveres;
- **Critério 17** – a organização tem um sistema de gestão das reclamações acessível, que regista a avaliação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), compradores e outras partes interessadas sobre o seu desempenho. Assim, através do indicador 33, confirma-se se a organização tem um sistema de gestão das reclamações documentado, que assegure um tratamento adequado e objetivo das mesmas; e, através do indicador 34, verifica-se se a organização demonstra anualmente transparência dos resultados no sistema de gestão de reclamações.

Perante o EQUASS (2012: 15), a **Autodeterminação** é a segunda e última dimensão do Princípio «Direitos», a qual refere que:

“O direito à autodeterminação, corresponde no direito internacional, ao princípio de que as nações têm o direito de decidir livremente sobre a sua soberania e estatuto político internacional, sem compulsão externa ou interferências de fora. Por extensão, o termo

autodeterminação significa liberdade de escolha das próprias ações sem compulsão externa.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (18 e 19) e quatro indicadores (35, 36, 37 e 38), designadamente:

- **Critério 18** – a organização respeita o direito fundamental de autodeterminação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), os quais determinam livremente o seu estatuto político e perseguem livremente o seu desenvolvimento económico, social e cultural. Assim, através do indicador 35, verifica-se se a organização demonstra o seu apoio à autodeterminação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 36, confirma-se se a organização avalia anualmente o seu desempenho em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 19** – a organização facilita aos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) a escolha e o acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte. Assim, através do indicador 37, confirma-se se a organização informa os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre como ter acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte; e, através do indicador 38, verifica-se se a organização avalia anualmente o seu desempenho quanto à facilitação aos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) do acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte.

O **Quadro 16** apresenta, para o Princípio 4 da Qualidade - «Ética», duas dimensões, a primeira com cinco critérios e a segunda com um, sendo que cada critério dispõe de dois indicadores. Assim, de acordo EQUASS (2012: 17), a **Política de Ética** é a primeira dimensão do Princípio «Ética», a qual expõe que:

“A política de ética refere-se às profissões existentes em organizações que prestam serviços sociais. É um código de critérios profissionais que contém aspetos de justiça e de dever para com a profissão e um conjunto de princípios e valores que orientam o comportamento dos profissionais de acordo com as noções de valores de confidencialidade, rigor, privacidade e integridade.”

Quadro 16. Sistema EQUASS: Ética

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
4	Ética	Política de ética	20	39, 40
			21	41, 42
			22	43, 44
			23	45, 46
			24	47, 48
		Papéis e responsabilidades	25	49, 50

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012)

A esta dimensão encontram-se associados cinco critérios (20, 21, 22, 23 e 24) e dez indicadores (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 e 48), nomeadamente:

- **Critério 20** – a organização define e documenta a sua política de ética que respeita e assegura a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), protegendo-os de riscos indevidos e promovendo a justiça social. Assim, através do indicador 39, verifica-se se a organização tem a sua política de ética documentada, onde reflete a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e os protege de riscos indevidos; e, através do indicador 40, confirma-se se a organização informa os colaboradores, incluindo os voluntários (se aplicável), sobre a política de ética e os princípios e valores que orientam o seu comportamento na prestação dos serviços;
- **Critério 21** – a organização possui mecanismos que previnem o abuso físico, mental e financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores). Assim, através do indicador 41, constata-se se a organização possui políticas documentadas para a prevenção do abuso físico, mental e financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e se possui procedimentos para a prevenção do abuso físico, mental e financeiro dos mesmos; e, através do indicador 42, verifica-se se a organização avalia a eficácia da sua política de prevenção do abuso físico, mental ou financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 22** – a organização presta serviços num sistema de trabalho seguro, dentro de um ambiente que garanta a segurança física dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores. Assim, através do indicador 43, confirma-se se a organização tem documentado o plano de saúde e segurança dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e se tem documentado procedimentos para assegurar um ambiente seguro e a segurança física dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 44, verifica-se se a organização identifica medidas para assegurar a saúde e segurança dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);

servidas/utilizadores) e se identifica melhorias anuais para garantir a saúde e segurança dos mesmos;

- **Critério 23** – a organização define, documenta, monitoriza e avalia um conjunto de princípios, valores e procedimentos que orientam os comportamentos na prestação do serviço, contendo aspetos de confidencialidade, rigor, privacidade e integridade. Assim, através do indicador 45, confirma-se se a organização tem definido um conjunto de princípios, valores e procedimentos (constantes do Código de Ética) para garantir e orientar os comportamentos na prestação dos serviços sociais; e, através do indicador 46, verifica-se se os colaboradores, incluindo voluntários (se aplicável), estão conscientes do conjunto de princípios, valores e procedimentos que orientam os comportamentos na prestação dos serviços;
- **Critério 24** – a organização define, documenta, monitoriza e avalia os procedimentos para assegurar a confidencialidade da informação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e dos serviços que lhes são prestados. Assim, através do indicador 47, constata-se se a organização tem uma política e procedimentos para assegurar a confidencialidade da informação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), registo dessa informação e acesso aos dados pessoais dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores); e, através do indicador 48, verifica-se se a organização revê a sua política de confidencialidade, pelo menos a cada dois anos, com os seus colaboradores e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e se revê os procedimentos de confidencialidade, pelo menos a cada dois anos, com os seus colaboradores e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

Segundo o EQUASS (2012: 19), os **Papéis e Responsabilidades** são a segunda, e última, dimensão do Princípio «Ética», a qual menciona que:

“A identificação dos diferentes papéis e responsabilidades das funções, incluindo as mútuas interações entre as diferentes funções da organização, facilita a transparência, a responsabilização e a eficiência na comunicação com os clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) no âmbito da prestação dos serviços. Especialmente nos processos sociais de carácter mais complexo, que implicam uma abordagem multidisciplinar, a identificação dos papéis e responsabilidades de cada função no processo contribui para uma maior eficácia de uma prestação dos serviços coordenada.”

A esta dimensão encontra-se associado um critério (25) e dois indicadores (49 e 50), nomeadamente:

- **Critério 25** – a organização define os papéis e responsabilidades, autoridades e a inter-relação de todos os colaboradores que gerem, concebem, implementam, apoiam e avaliam a prestação do serviço aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores). Assim, através do indicador 49, verifica-se se a organização define os papéis e responsabilidades da gestão e se comunica esses papéis e responsabilidades; e, através do indicador 50, confirma-se se a organização define os papéis e responsabilidades das funções diretamente envolvidas na prestação dos serviços aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e se comunica os papéis e responsabilidades das funções diretamente envolvidas na prestação dos serviços aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

O **Quadro 17** apresenta, para o Princípio 5 da Qualidade - «Parcerias», uma dimensão com dois critérios, em que cada critério apresenta dois indicadores. Assim, de acordo com o EQUASS (2012: 20), as **Parcerias na Prestação de Serviços** são a única dimensão do Princípio «Parcerias», a qual refere que:

“A crescente utilização das tecnologias de informação na sociedade, a exigência do uso eficiente de recursos e conhecimentos e o empowerment dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), requerem cooperação em material de informação, logística e prestação dos serviços.

Neste sentido, é obrigação das organizações:

“(…) atuar em parceria com entidades do sector público e privado, empregadores e representantes dos trabalhadores, entidades financiadoras e clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), organizações representativas, grupos locais, famílias e prestadores de cuidados. As parcerias na prestação de serviços sociais deverão acrescentar valor ao resultado da prestação dos serviços.” (EQUASS, 2012: 20).

Quadro 17. Sistema EQUASS: Parcerias

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
5	Parcerias	Parcerias na prestação de serviços	26	51, 52
			27	53, 54

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (26 e 27) e quatro indicadores (51, 52, 53 e 54), especificamente:

- **Critério 26** – a organização trabalha em parceria com outras organizações na prestação de serviços. Assim, através do indicador 51, verifica-se se a organização tem parcerias na prestação de serviços aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) com parceiros sociais, entidades financiadoras e organizações de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), se aplicável; e através do indicador 52, confirma-se se a organização avalia anualmente o valor acrescentado das suas parcerias;
- **Critério 27** – a organização trabalha em parceria com os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), compradores de serviços, entidades financiadoras e outras partes interessadas, no desenvolvimento dos serviços. Assim, através do indicador 53, constata-se se a organização envolve no desenvolvimento dos serviços os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e seus representantes, os compradores de serviços e as entidades financiadoras; e, através do indicador 54, verifica-se se a organização envolve no processo de avaliação das necessidades as partes interessadas externas relevantes.

O **Quadro 18** apresenta, para o Princípio 6 da Qualidade - «Participação», duas dimensões com dois critérios cada, em que cada critério apresenta dois indicadores. Assim, de acordo com o EQUASS (2012: 22), o **Envolvimento dos Clientes** é a primeira dimensão do Princípio «Participação», a qual indica que:

“Facilitar e encorajar o envolvimento dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) em todos os aspetos-chave dos seus serviços é um fator essencial e importante para o sucesso do programa social. A organização facilita o envolvimento dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) através da criação de procedimentos para incentivar, fomentar e promover o empowerment dos mesmos. Desta forma, cria-se uma cultura em que a organização permite a auto- representação dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores).”

Quadro 18. Sistema EQUASS: Participação

Princípio da qualidade		Dimensões	Crítérios	Indicadores
6	Participação	Envolvimento dos clientes	28	55, 56
			29	57, 58
		Empowerment dos clientes	30	59, 60
			31	61, 62

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (28 e 29) e quatro indicadores (55, 56, 57 e 58), concretamente:

- **Critério 28** – a organização envolve os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) como participantes ativos no planeamento e estabelece uma avaliação constituída por um processo de diálogo estruturado e contínuo da gestão dos serviços, incluindo a definição das necessidades, a definição dos serviços e a avaliação da qualidade. Assim, através do indicador 55, verifica-se se a organização tem uma política e procedimentos para o envolvimento ativo dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) na avaliação das necessidades, no planeamento dos serviços e na avaliação dos serviços; e, através do indicador 56, confirma-se se os clientes (utentes /pessoas servidas/utilizadores) participam na avaliação das necessidades individuais, no planeamento dos serviços individuais e na avaliação dos serviços recebidos;
- **Critério 29** – a organização tem instituída uma avaliação anual da participação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), seja a nível individual e/ou coletivo. Assim, através do indicador 57, verifica-se se as medidas, atividades e política de participação foram acordadas com os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) ou seus representantes; e, através do indicador 58, confirma-se se a organização revê anualmente as medidas, atividades e política de participação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) ou seus representantes.

De acordo com o EQUASS (2012: 23), o **Empowerment dos Clientes** é a segunda, e última, dimensão do Princípio «Participação», a qual expõe que:

“Os clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) que não têm oportunidade de serem autossuficientes tornam-se, no mínimo, dependentes de caridade ou beneficência. Perdem a sua autoconfiança porque não se conseguem autossustentar totalmente. Esta situação pode conduzir a problemas psicológicos, sociais ou mesmo de saúde mental.”.

Por sua vez, o *empowerment*:

“(…) refere-se ao processo de obtenção de oportunidades básicas para os clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), quer diretamente pelos próprios, quer através da ajuda de terceiros que partilham o seu próprio acesso a essas oportunidades. Inclui igualmente a capacitação dos mesmos no sentido de rejeitarem ativamente as tentativas de limitação de acesso a essas oportunidades. O empowerment inclui ainda encorajar e desenvolver as capacidades de permitam a autossuficiência, com vista a eliminar futuras necessidades de caridade ou beneficência em indivíduos do grupo. Este processo pode ser difícil de começar e implementar eficazmente, mas existem muitos exemplos de

projetos de empowerment que foram bem sucedidos. O empowerment pode ser conseguido através de várias maneiras e muitas vezes considerado como uma condição para a participação.” (EQUASS, 2012: 23).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (30 e 31) e quatro indicadores (59, 60, 61 e 62), designadamente:

- **Critério 30** – a organização funciona com instrumentos específicos para que os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) melhorarem o *empowerment* e a sua situação pessoal, assim como da comunidade em que se inserem. Assim, através do indicador 59, verifica-se que a organização facilita sistematicamente e de forma individual o *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 60, confirma-se se a organização alcançou resultados tangíveis no fortalecimento do *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- **Critério 31** – a organização funciona com mecanismos específicos para o estabelecimento de um ambiente de *empowerment*. Assim, através do indicador 61, constata-se que a organização identifica medidas para criar um ambiente *empowerment* na organização; e, através do indicador 62, verifica-se se a organização forma os colaboradores, incluindo os voluntários (se aplicável), no sentido de facilitar o *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

O **Quadro 19** apresenta, para o Princípio 7 da Qualidade - «Orientação para o cliente», duas dimensões com dois critérios cada, em que cada critério apresenta dois indicadores. Assim, perante o EQUASS (2012: 25), **Identificar Necessidades e Expectativas dos Clientes** é a primeira dimensão do Princípio «Orientação para o cliente», a qual menciona que:

“As organizações que prestam serviços sociais implementam processos elaborados a partir das necessidades dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), compradores dos serviços e potenciais beneficiários. Neste sentido, a identificação das necessidades dos atuais e potenciais clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) é essencial para o desenvolvimento de programas e para a prestação dos serviços.”

Por outro lado, também:

“As alterações das exigências requerem igualmente uma resposta adequada a essas mudanças, para que a prestação dos serviços permita atender às futuras necessidades dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores).” (EQUASS, 2012: 25).

Quadro 19. Sistema EQUASS: Orientação para o cliente

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
7	Orientação para o cliente	Identificar necessidades e expectativas dos clientes	32	63, 64
			33	65, 66
		Planeamento individual	34	67, 68
			35	69, 70

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (32 e 33) e quatro indicadores (63, 64, 65 e 66), nomeadamente:

- **Critério 32** – a organização seleciona e desenvolve programas de intervenção baseados na avaliação de necessidades na localização mais conveniente para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores. Assim, através do indicador 63, verifica-se se a organização tem identificadas as necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), atuais e potenciais, no prazo de três anos; e, através do indicador 64, confirma-se se a organização presta os seus serviços na localização mais conveniente para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores;
- **Critério 33** – a organização disponibiliza programas consistentes com as necessidades identificadas dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e com os respetivos objetivos dos programas. Assim, através do indicador 65, verifica-se se a organização tem identificadas as necessidades das entidades financiadoras e de todas as partes interessadas externas relevantes; e, através do indicador 66, confirma-se se a organização avalia a taxa de sucesso dos seus programas quanto ao alcance dos objetivos e na satisfação das necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

De acordo com o EQUASS (2012: 26), o **Planeamento Individual** é a segunda, e última, dimensão do Princípio «Orientação para o cliente», a qual refere que:

“Os serviços sociais são concebidos com base nas necessidades e expectativas identificadas de cada cliente (utente/pessoa servida) /utilizador. Pela análise das necessidades, expectativas e oportunidades, a organização define os seus serviços por forma a responder às necessidades e expectativas de cada cliente (utente/pessoa servida) /utilizador.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (34 e 35) e quatro indicadores (67, 68, 69 e 70), especificamente:

- **Critério 34** – a organização implementa processos individuais que são elaborados a partir das necessidades de cada cliente (utente/pessoa servida/utilizador). Assim, através do indicador 67, verifica-se que a organização presta serviços com base nas necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 68, confirma-se que a organização regista as necessidades e expectativas identificadas no plano individual dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 35** – a organização documenta o planeamento dos servidos baseando-se na identificação das necessidades e expectativas de cada cliente (utente/pessoa servida/utilizador) num plano individual. Assim, através do indicador 69, constata-se se o Plano Individual contém a nova situação/condição desejada pelo cliente (utente/pessoa servida/utilizador), os objetivos gerais e específicos mensuráveis, os métodos/técnicas/intervenções a utilizar, e por último, se contém colaboradores envolvidos e responsabilidades para a implementação; e, através do indicador 70, verifica-se se cada Plano Individual é acordado com o cliente (utente/pessoa servida/utilizador) ou seu representante.

O **Quadro 20** apresenta, para o Princípio 8 da Qualidade - «Abrangência», três dimensões, em que cada dimensão dispõe de dois critérios e dois indicadores. Assim, segundo, EQUASS (2012: 27), o **Processo de Prestação de Serviços** é a primeira dimensão do Princípio «Abrangência», a qual indica que:

“Em todas as organizações que prestam serviços sociais existe um sistema de processos que necessita de ser gerido e melhorado. Entre estes processos existem alguns que são cruciais para o sucesso da organização. Os processos que são críticos para o sucesso da organização são muitas vezes transversais, multidepartamentais e multifuncionais, e requerem uma atenção especial.”

Quadro 20. Sistema EQUASS: Abrangência

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
8	Abrangência	Processo de prestação de serviços	36	71, 72
			37	73, 74
		Continuidade da prestação de serviços	38	75, 76
			39	77, 78
		Abordagem holística	40	79, 80
			41	81, 82

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (36 e 37) e quatro indicadores (71, 72, 73 e 74), concretamente:

- **Critério 36** – a organização identifica, documenta e mantém os processos chave da prestação de serviços em consonância com a sua visão, missão e política da qualidade. Assim, através do indicador 71, verifica-se se a organização tem os seus processos chave identificados, documentados e revistos regularmente; e, através do indicador 72, confirma-se se os processos chave da organização estão em conformidade com a sua missão e política da qualidade e com os requisitos das entidades financiadoras e compradores dos serviços;
- **Critério 37** – a organização revê os processos chave da prestação de serviços e mantém o controlo sobre a sua prestação. Assim, através do indicador 73, constata-se se a organização monitoriza regularmente o desempenho dos processos chave da prestação de serviços e se avalia regularmente o desempenho dos mesmos; e, através do indicador 74, verifica-se se a organização realiza auditorias internas aos processos chave da prestação de serviços e se reporta os resultados desses processos chave.

De acordo com o EQUASS (2012: 28), a **Continuidade da Prestação de Serviços** é a segunda dimensão do Princípio «Abrangência», a qual expõe que:

“A responsabilidade fundamental das organizações que prestam serviços sociais é garantir uma estrutura de programa abrangente que permita disponibilizar ao cliente (utente/ pessoa servida/ utilizador) um processo de intervenções bem coordenado de modo a se alcançarem os objetivos desejados.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (38 e 39) e quatro indicadores (75, 76, 77 e 78), designadamente:

- **Critério 38** – a organização assegura que os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) têm a possibilidade de aceder a um contínuo de serviços que vão desde a intervenção precoce ao apoio, respondendo às alterações das necessidades e expectativas ao longo do tempo. Assim, através do indicador 75, confirma-se se a organização avalia anualmente a continuidade dos serviços prestados; e, através do indicador 76, verifica-se se a organização implementa medidas que assegurem a continuidade dos serviços;
- **Critério 39** – a organização desenvolve uma continuidade ininterrupta dos serviços e reduz as barreiras em contextos multidisciplinares ou de multiparcerias. Assim, através

do indicador 77, constata-se se a organização identifica e reporta anualmente as barreiras à continuidade ininterrupta dos programas e ao acesso aos programas e serviços; e, através do indicador 78, verifica-se se a organização presta os serviços do Plano Individual do seu cliente (utente/pessoa servida/utilizador) utilizando uma abordagem multidisciplinar.

Para o EQUASS (2012: 29), a **Abordagem Holística** é a terceira, e última, dimensão do Princípio «Abrangência», a qual menciona que:

“Os serviços sociais adotam adicionalmente uma abordagem holística (conhecida internacionalmente como apoio ao bem-estar) concentrando-se na manutenção e melhoria dos níveis de desempenho dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), ao invés de tratar apenas um aspeto específico dos mesmos. A intervenção holística descreve uma abordagem em que os fatores físicos, mentais e sociais dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores) são considerados. Os serviços consideram a totalidade do indivíduo como um sistema complexo, ao invés de se focar apenas em dimensões particulares das pessoas ou sistemas.”

Os resultados são vistos pelos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) através de uma perspetiva holística:

“(...) abrangendo por exemplo habitação, transporte, emprego, rendimento e apoios financeiros, e questões mais amplas em torno da discriminação e da igualdade.”
(EQUASS, 2012: 29).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (40 e 41) e quatro indicadores (79, 80, 81 e 82), nomeadamente:

- **Critério 40** – a organização presta serviços utilizando uma abordagem holística baseada nas necessidades e expectativas dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Assim, através do indicador 79, confirma-se se a organização assegura que a qualidade de vida é específica e definida por e para cada cliente (utente/pessoa servida/utilizador) e/ou seu familiar que recebe os serviços; e, através do indicador 80, constata-se se a eficácia das iniciativas que visam a qualidade de vida é medida e reportada;
- **Critério 41** – a organização identifica as competências, capacidades e apoio necessários aos colaboradores por forma a potenciar a melhoria da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores). Assim, através do indicador 81, verifica-se se a organização especifica as competências e capacidades dos colaboradores para promover

a qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 82, confirma-se se a organização avalia as competências e capacidades dos colaboradores para promover a qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

O **Quadro 21** apresenta, para o Princípio 9 da Qualidade - «Orientação para os resultados», três dimensões, em que cada dimensão dispõe de dois critérios e dois indicadores. Assim, o EQUASS (2012: 30), considera que a **Medição dos Resultados** é a primeira dimensão do Princípio «Orientação para os resultados», a qual refere que:

“As organizações que prestam serviços sociais orientam-se para resultados, tanto em termos de como eles são percebidos e alcançados, como nos benefícios que proporcionam aos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), seus familiares, cuidadores, empregadores, outras partes interessadas e a comunidade em geral. Um processo social de sucesso é definido como: “Alcançar os resultados estabelecidos no Plano Individual” (PI). Os resultados dos processos devem ser medidos em relação aos objetivos definidos mencionados no Plano Individual. Uma avaliação válida dos resultados da qualidade dos serviços sociais deverá basear -se em factos e critérios objetivos.”

Quadro 21. Sistema EQUASS: Orientação para os resultados

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
9	Orientação para os resultados	Medição dos resultados	42	83, 84
			43	85, 86
		Avaliação dos resultados	44	87, 88
			45	89, 90
		Comunicação dos resultados	46	91, 92
			47	93, 94

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (42 e 43) e quatro indicadores (83, 84, 85 e 86), especificamente:

- **Critério 42** – a organização identifica os seus resultados e assegura a sua monitorização e avaliação formal, periódica e independente e os procedimentos para alcançar os resultados pretendidos. Assim, através do indicador 83, constata-se se a organização mede anualmente o seu desempenho face aos objetivos definidos e se reporta anualmente o seu desempenho face a esses objetivos; e, através do indicador 84,

verifica-se se os resultados e o desempenho são revistos por uma entidade externa e independente;

- **Critério 43** – a organização identifica e regista os resultados e benefícios para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) dos serviços que receberam tanto a nível individual como coletivo. Assim, através do indicador 85, confirma-se se a organização mede os resultados alcançados face aos objetivos estabelecidos em cada Plano Individual e se identifica e regista os benefícios para os destinatários de cada Plano; e, através do indicador 86, verifica-se se a organização mede os resultados alcançados face aos objetivos estabelecidos a nível coletivo e se identifica e regista os benefícios para os destinatários dos serviços a nível coletivo.

De acordo com o EQUASS (2012: 31), a **Avaliação dos Resultados** é a segunda dimensão do Princípio «Orientação para os resultados», a qual indica que:

“Uma avaliação válida dos resultados, especialmente da qualidade dos serviços sociais, deverá basear -se em factos e critérios objetivos. Por esta razão, a avaliação de resultados deverá realizar -se de forma sistemática e regular.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (44 e 45) e quatro indicadores (87, 88, 89 e 90), concretamente:

- **Critério 44** – a organização avalia os seus resultados de negócio com vista a determinar o “melhor valor” para os seus compradores de serviços e entidades financiadoras. Assim, através do indicador 87, confirma-se se a organização mede o valor acrescentado dos resultados de negócio para os compradores de serviços e para as entidades financiadoras; e, através do indicador 88, verifica-se se a organização mede o valor acrescentado dos serviços prestados ao nível da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores);
- **Critério 45** – a organização avalia a satisfação individual e coletiva dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas através de uma avaliação interna e/ou externa. Assim, através do indicador 89, constata-se se a organização mede a satisfação das suas partes interessadas, nomeadamente os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), compradores de serviços e entidades financiadoras; e, através do indicador 90, verifica-se se a organização assegura uma medição adequada e objetiva da satisfação das partes interessadas.

Segundo o EQUASS (2012: 32), a **Comunicação dos Resultados** é a terceira, e última, dimensão do Princípio «Orientação para os resultados», a qual expõe que:

“Ao comunicar os resultados às partes interessadas relevantes, a organização assegura que os mesmos são corretos, válidos e relevantes. É igualmente essencial que demonstre o valor e o valor acrescentado dos serviços a todos as partes interessadas, pelo que os registos e os resultados devem ser comunicados da melhor forma possível.”

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (46 e 47) e quatro indicadores (91, 92, 93 e 94), designadamente:

- **Critério 46** – a organização disponibiliza registos acessíveis de fácil compreensão sobre os resultados, incluindo as conquistas e perceções individuais. Assim, através do indicador 91, constata-se se o reporte dos registos e resultados é comunicado às partes interessadas em formato e linguagem de fácil compreensão; e, através do indicador 92, confirma-se se os registos dos resultados incluem as conquistas e perceções individuais;
- **Critério 47** – a organização dissemina ativamente os resultados do desempenho organizacional aos seus colaboradores, clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e restantes partes interessadas. Assim, através do indicador 93, verifica-se se a organização reporta o seu desempenho a compradores dos serviços, a entidades financiadoras, a colaboradores e a clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores); e, através do indicador 94, confirma-se se a organização reporta anualmente os resultados, as perceções pessoais e as conquistas/realizações.

O **Quadro 22** apresenta, para o Princípio 10 da Qualidade - «Melhoria contínua», duas dimensões, uma com dois critérios e outra com um único critério, sendo que a cada critério correspondem dois indicadores. Assim, segundo o EQUASS (2012: 33), o **Ciclo de Melhoria Contínua** é a primeira dimensão do Princípio «Melhoria contínua», a qual menciona que:

“Fornecer e garantir a qualidade da prestação do serviço são considerados como um processo cíclico de avaliação do desempenho atual e de realização contínua das alterações desejadas. Neste processo de melhoria contínua dos serviços sociais irão surgir novas oportunidades de melhoria. A abordagem sistemática de melhoria contínua é a característica-chave do Sistema de Gestão da Qualidade.”

Quadro 22. Sistema EQUASS: Melhoria contínua

Princípio da qualidade		Dimensões	Critérios	Indicadores
10	Melhoria contínua	Ciclo de melhoria contínua	48	95, 96
			49	97, 98
		Inovação	50	99, 100

Fonte: Adaptado de EQUASS (2012).

A esta dimensão encontram-se associados dois critérios (48 e 49) e quatro indicadores (95, 96, 97 e 98), nomeadamente:

- **Critério 48** – a organização tem um procedimento de melhoria contínua baseado num ciclo de melhoria. Assim, através do indicador 95, verifica-se que a organização tem documentado e implementa um sistema de melhoria caracterizado pelo ciclo PDCA, que inclui as atividades planeadas para atingir os objetivos, a implementação das ações, a medição dos resultados das ações e a implementação de ações corretivas; e, através do indicador 96, confirma-se se os resultados dos projetos de melhoria da qualidade estão documentados;
- **Critério 49** – a organização identifica indicadores de desempenho na medição dos resultados das ações de melhoria. Assim, através do indicador 97, constata-se se a organização estabelece indicadores de desempenho para medição dos resultados de todos os projetos de melhoria; e, através do indicador 98, verifica-se se a organização define objetivos para todos os projetos de melhoria e se mede os resultados de todos esses projetos.

De acordo com o EQUASS (2012: 34), a **Inovação** é a segunda, e última, dimensão do Princípio «Melhoria contínua», a qual refere que:

“A inovação deve refletir a introdução de novas ideias, bens, serviços e práticas que acompanhem as alterações do Mercado e o desenvolvimento dos serviços. Um elemento essencial da inovação é uma implementação bem-sucedida. A inovação é normalmente considerada ao nível dos serviços/ produtos ou processos, sendo que a inovação dos serviços/ produtos satisfaz as necessidades dos clientes (utentes/ pessoas servidas/ utilizadores), e a inovação dos processos melhora a eficácia e eficiência dos mesmos.”

A esta dimensão encontra-se associado um critério (50) e dois indicadores (99 e 100), especificamente:

- **Critério 50** – a organização introduz e gere formas de trabalho inovadoras que foram identificadas com base nas necessidades das partes interessadas. Assim, através do indicador 99, confirma-se se a organização demonstra exemplos de formas de trabalho inovadoras e que vai ao encontro das necessidades emergentes das partes interessadas; e, através do indicador 100, verifica-se se a organização gere os projetos de inovação e se monitoriza e regista os resultados desses projetos.

Face ao exposto, o sistema EQUASS é um sistema complexo, em termos de documentação, contudo mais adaptado à realidade das organizações do terceiro setor, que necessita de apoio externo e financiamento para a sua implementação. O cumprimento integral dos critérios e indicadores de desempenho anteriormente referenciados permite às organizações a obtenção da Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais.

2.4 Processo de Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais

O desafio da sobrevivência, no mercado globalizado e cada vez mais competitivo, faz emergir novas técnicas de gestão, de modo a desenvolver sistemas administrativos ágeis e suficientemente fortes para os padrões estabelecidos nessa nova geração económica da sociedade (Lima *et al.*, 2004). Por exemplo, para que as organizações implementem um modelo de gestão da qualidade, nos seus processos, é necessário priorizar alguns princípios, como sejam, a focalização no cliente, a melhoria contínua e o trabalho em equipa, visando a melhoria da qualidade dos produtos e serviços oferecidos (ZU, 2009).

Na busca de um modelo de certificação de qualidade que viabilize benefícios relacionados com a produtividade, qualidade dos produtos/serviços e processos e aumento da participação no mercado, as organizações têm vindo a adotar programas e ferramentas da qualidade, de acordo com as suas necessidades, sempre em busca da melhoria contínua dos processos organizacionais. Na opinião de Pons e Sivardière (2002), a certificação é o procedimento mediante o qual uma determinada organização dá uma garantia por escrito, de que um determinado produto, processo ou serviço, se encontra de acordo com os requisitos especificados. Por conseguinte, a certificação é a via segundo a qual se comprova a garantia da conformidade, relativa a determinado documento normativo e que se materializa na emissão de um certificado

Nestes termos, o modelo de certificação EQUASS encontra-se alinhado com os desenvolvimentos em matéria de gestão da qualidade a nível europeu, nomeadamente o *Common Quality Assurance Framework* (CQAF), e assegura os elementos essenciais do SGQ (Carvalho e Monte Verde, 2013). A implementação do EQUASS, na sua vertente de certificação dos serviços sociais – EQUASS Assurance, tem em conta critérios de avaliação baseados em valores chave para o setor social, como sejam: os princípios da qualidade; e os requisitos essenciais para a operacionalização do SGQ (EQUASS, 2008). Os momentos mais importantes a ter em conta no processo de Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais são a autoavaliação, a candidatura, a auditoria externa e a certificação, como é possível observar através da **Figura 3**.

Figura 3. Processo de certificação do modelo EQUASS



Fonte: Cunha (2011: 18).

De acordo com Carvalho e Monte Verde (2013), antes de iniciar o processo de candidatura à certificação EQUASS Assurance é fundamental a:

- Realização de uma sessão de sensibilização junto dos elementos da organização, com vista a incorporar no projeto os objetivos pretendidos;
- Familiarização dos elementos da organização com o modelo de gestão e organizacional da instituição, identificando a sua distribuição funcional, os procedimentos e as atividades que estruturam cada processo;

- Face aos princípios e requisitos que se querem atingir, analisar as diferenças encontradas face aos referenciais de excelência e propostas de melhoria;
- Elaboração de um plano com as metas, responsabilidades e prazos associados às ações necessárias para colmatar as falhas identificadas;
- Realização das ações de formação técnica junto dos elementos da instituição, nomeadamente as necessárias para a concretização das ações planeadas para desenvolver;
- Execução das ações previstas, nomeadamente as respeitantes à implementação de novos processos e procedimentos e o seu alinhamento face aos Princípios da Qualidade e aos correspondentes requisitos;
- Preparação da candidatura e de todas as condições necessárias para obtenção da certificação EQUASS.

Para efetuar a candidatura à certificação EQUASS *Assurance*, a organização tem de formalizar o pedido de auditoria externa através do envio do formulário de candidatura e dos resultados da auditoria interna – autoavaliação. A autoavaliação é concretizada pela organização através da resposta às 100 questões que constam no questionário incluído no formulário de candidatura, de modo a demonstrar a conformidade com os requisitos do EQUASS (EQUASS, 2008).

A auditoria realizada à organização candidata baseia-se na informação contida no formulário de candidatura, que retrata os resultados da autoavaliação. O resultado da auditoria decorre de um processo que integra as seguintes fases (EQUASS, 2008: 6):

- *“Análise do formulário de candidatura e da autoavaliação pelo auditor.*
- *Solicitação de um máximo de 15 documentos, dos mencionados na autoavaliação, para comprovação da implementação dos requisitos do sistema. Estes 15 documentos serão a primeira seleção para análise.*
- *Preparação da visita às instalações da organização candidata pelo auditor: análise da documentação, identificação de tópicos prioritários para discussão, entrevistas e análise documental a efetuar no decorrer da visita.*
- *Informação ao candidato sobre a preparação da visita através do “Formulário de preparação da visita”.*
- *Identificação da conformidade do candidato no cumprimento dos critérios Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais através da validação das respostas dadas no questionário de candidatura.”*

O auditor, independente e devidamente habilitado pelo Comité de Certificação do EQUASS, tem acesso a uma cópia completa da candidatura apresentada pela organização, para que possa proceder à verificação documental e posterior classificação da candidatura (EQUASS, 2008). O auditor tem a responsabilidade de enviar atempadamente para a organização o formulário de preparação da auditoria, onde conste a listagem dos documentos selecionados para revisão (EQUASS, 2008). O auditor deve ainda elaborar um plano de auditoria e um programa para a visita local, que deve conter (EQUASS, 2008:7):

- *“Datas e tempo necessário para as entrevistas coletivas e individuais com clientes, colaboradores e outras partes interessadas.*
- *Data e tempo necessário à análise da documentação e de outras fontes de informação (e.g. Sistema de Gestão da Informação).*
- *Tempo necessário para apresentar à organização e aos seus colaboradores as conclusões da visita.*
- *Tempo necessário para efetuar uma síntese da auditoria e o respetivo relatório final.”*

No momento da auditoria verifica-se o desempenho da organização relativamente aos critérios, através da realização de entrevistas com clientes, colaboradores e outras partes interessadas e, ainda, através de outras fontes de informação, tais como observação direta, medições e registos (EQUASS, 2008). No final da visita, antes do relatório de auditoria, o auditor reúne com os colaboradores da organização considerados relevantes no âmbito da candidatura para apresentar as observações e informação recolhidas durante a visita, de modo a garantir que existe uma plena compreensão dos resultados da auditoria e das recomendações contidas, posteriormente, no relatório de auditoria.

De seguida, com base na informação e evidências recolhidas, o auditor revê as classificações atribuídas a cada critério e indicador e elabora o relatório de auditoria, o qual deve ser o mais rigoroso e completo (EQUASS, 2008). Os resultados são depois reportados pelo auditor, através do relatório de auditoria, para a organização candidata, bem como para o secretariado do EQUASS (EQUASS, 2008). Todo este processo, supervisionado pelo Comité de Certificação do EQUASS, culmina com a emissão do Certificado EQUASS, sempre que a organização requerente cumprir todos os requisitos e critérios de certificação. Contudo, o Comité de Certificação não certifica uma organização se esta não cumprir, total ou parcialmente, um ou mais critérios de Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais.

Nestas situações, o Comité de Certificação permite a implementação das ações de melhoria referidas no relatório de auditoria, no prazo de 6 meses após a receção do relatório por parte da organização candidata (EQUASS, 2008). Após a realização das ações de melhoria previstas no relatório de auditoria e aceites pela organização candidata, é efetuada uma nova auditoria no sentido de retomar/concluir o processo de certificação. Para tal, a organização é convidada a apresentar no formulário de autoavaliação as ações de melhoria implementadas e os resultados das mesmas (EQUASS, 2008), dando origem a uma nova visita/auditoria local para confirmar as medidas e resultados das melhorias identificadas como necessárias (EQUASS, 2008).

Perante situações de não certificação, o EQUASS dispõe também de procedimentos de recurso, como sejam procedimentos que garantam uma oportunidade à organização candidata de requerer uma segunda apreciação por outro auditor, tendo como base o mesmo formulário de candidatura e o mesmo questionário de autoavaliação (EQUASS, 2008). Assim, após a organização ser informada dos resultados da auditoria externa, pode, num prazo de tempo pré-estabelecido, solicitar a oportunidade de uma segunda opinião, a qual será considerada como final (EQUASS, 2008).

Na opinião de Van Beek (2012: 30), que realizou em 2010 um estudo sobre o impacto da implementação dos critérios EQUASS:

“Mais de 70% das organizações certificadas expressaram um impacto significativo em três áreas: organização, pessoal e clientes. Em concreto consideram que o EQUASS concorreu para a melhoria ao nível da gestão, eficácia, transparência dos serviços, atividades de marketing e promoção, imagem geral, política da qualidade e gestão de processos-chave do negócio. Por outro lado, o EQUASS teve impacto na satisfação, motivação e comportamento do pessoal, na sua formação e desenvolvimento, assim como na sua consciencialização sobre os direitos dos clientes. Por último, o EQUASS teve reflexos na consciencialização dos clientes acerca dos seus direitos e oportunidades para a participação ativa.”

Face ao anterior, é pertinente afirmar que, a aposta consistente na qualidade e, consequentemente, num SGQ prestigia as organizações e leva-as ao reconhecimento nacional e internacional, proporcionando um ambiente de melhoria contínua através de regras e procedimentos harmonizados, monitorizados e continuamente melhorados. Neste sentido, muitas organizações procuram a certificação como uma ferramenta de *marketing*, por pressão

dos concorrentes e consumidores ou por motivações externas e/ou internas, tal como evidencia o **Quadro 23**.

Quadro 23. Motivações externas e internas da certificação

MOTIVAÇÕES EXTERNAS	MOTIVAÇÕES INTERNAS
Acesso a novos mercados	Aumento da produtividade
Melhoria da imagem corporativa	Diminuição da taxa de produtos defeituosos
Aumento da participação no mercado	Maior consciencialização para o conceito de qualidade dos produtos/serviços
Aumento e melhoria da relação entre fornecedor/cliente	Clarificação das responsabilidades e obrigações individuais
Aumento da satisfação dos clientes	Diminuição das não-conformidades
Aumento da comunicação com os clientes	Aumento da qualidade dos produtos
Aumento da perceção dos clientes, no que se refere a qualidade dos produtos	Melhoria da documentação dos processos

Fonte: Adaptado de Douglas, *et al.* (2003) e Sampaio, *et al.* (2009).

Através da análise do Quadro 23 verifica-se que, as motivações que levam as organizações a optar pela certificação aumentam, ainda mais, a sua capacidade de competir no mercado. Para além das motivações apresentadas, são também evidentes as dificuldades encontradas pelas organizações no processo de certificação, tais como a resistência à cultura organizacional, falta de comprometimento e envolvimento de todos os colaboradores, custos de implementação e falta de compreensão dos requisitos do SGQ (Nadae *et al.*, 2009). Assim, quando as organizações procuram a certificação com base em motivações internas, vão alcançar benefícios relacionados com a melhoria interna da organização; e quando procuram a certificação devido a motivações externas vão alcançar benefícios relacionados com a satisfação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas, bem como publicidade ou exposição da organização perante terceiros (Casadesús *et al.*, 2001; Corbett *et al.*, 2003; Prajogo, 2008; Sampaio *et al.*, 2009).

Por sua vez, também, o desafio lançado em Portugal pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS), para que as organizações com protocolos de cooperação com o Estado adotassem modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais, através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança nas Respostas Sociais (PCDQSRS), influenciou as organizações para a urgência na obtenção de um certificado da qualidade. Por outro lado, na opinião de Costa e Davoli (2002: 2), deve existir um controlo sobre as organizações de cariz social, porque:

- *“As pessoas físicas ou jurídicas criam instituições sem fins lucrativos procurando benefícios fiscais e de imagem, às vezes indevidamente;*
- *O estado deve constantemente analisar a eficiência das organizações que utilizam recursos públicos;*
- *Estas organizações revestem-se de carácter público exigindo transparência nas suas atividades e processos.* “

Assim, a implementação de um SGQ numa organização tem como principal objetivo destacar os seus aspetos positivos e corrigir as suas não conformidades, de modo a proporcionar aos *stakeholders* a prestação de serviços reconhecidos e ajustados às suas necessidades. Todavia, esta situação causa impactos na organização que podem ser positivos e/ou negativos e que alteram a sua dinâmica de funcionamento, uma vez que, geralmente, existe uma estrutura interna rígida e consolidada com práticas de trabalho rotineiras. Neste sentido, os impactos positivos da certificação pela qualidade são: a melhoria da gestão e dos processos internos; a melhoria da cultura da organização; e a consciencialização, envolvimento e motivação dos colaboradores (Freitas, 2009; Roque, 2010). Este sistema contribui ainda para: a melhoria da imagem da organização; para os ganhos ao nível da eficiência e da eficácia do desempenho da mesma; para o aumento da produtividade e reconhecimento; para o aumento do investimento com retorno; e para o planeamento do crescimento e evolução das organizações (Lopes, 2007; Freitas, 2009; Roque, 2010).

No entanto, a certificação da qualidade apresenta também impactos negativos que condicionam a execução de todo o processo, como sendo: a escassez dos recursos humanos, que muitas vezes não se encontram ajustados às necessidades da organização; as limitações ao nível das instalações e equipamentos, que em muitos casos não cumprem a legislação e carecem de grande investimento; as dificuldades ao nível do meio envolvente, isto é, em torná-lo propício à mudança na consciencialização das organizações; e, por último, problemas de escassez financeira, uma vez que as organizações estão frequentemente dependentes dos financiamentos públicos (Monteiro, 2009; Roque, 2010).

Por conseguinte, quando a organização decide enveredar pela certificação da qualidade deve seleccionar o modelo que melhor se adapta à sua realidade e jamais considerar a certificação como o fim do processo, pois é apenas o início do desafio do SGQ, ou seja, o desafio da melhoria contínua, o qual consiste num processo dinâmico que promove a eficiência e a eficácia das organizações (Pinto, s.d.).

2.5 Considerações Finais

Ao longo deste capítulo constatou-se que a qualidade é uma importante estratégia encontrada para responder às exigências, quer a nível económico, quer a nível da sociedade, em geral. Atualmente, a qualidade assume-se como um ferramenta multisectorial, presente nas mais diversas áreas económicas e sociais. As organizações implementam SGQ de modo a conseguirem disponibilizar produtos e/ou serviços de qualidade que marquem a diferença em relação a outras organizações do mesmo setor. Um SGQ possibilita que as organizações aumentem a probabilidade de satisfação dos clientes, colaboradores, parceiros e outras partes interessadas, transmitindo confiança à organização e aos seus clientes sobre a sua capacidade para fornecer produtos que cumpram de forma consistente os respetivos requisitos (ISS, 2010).

Nestes termos, são vários os modelos e instrumentos de certificação dos sistemas da qualidade utilizados no setor das respostas sociais, os quais são escolhidos atendendo aos objetivos específicos da organização, em função das suas metas e recursos. No âmbito dos serviços sociais, o EQUASS é um dos modelos mais comuns de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que atuam nesta área (EQUASS, s.d.). Este sistema de certificação descreve um conjunto de domínios, condições e princípios, bem como um conjunto de critérios chave que influenciam a qualidade dos serviços sociais. Este modelo de certificação baseia-se numa estrutura de dez princípios da qualidade, que têm cinquenta critérios subjacentes, permitindo a certificação segundo três níveis de reconhecimento: EQUASS *Assurance* (nível I); EQUASS *Excellence* (nível II); e EQUASS *Award* (nível III). Em função do nível de certificação, os dez princípios da qualidade são: liderança; recursos humanos; direitos; ética; parcerias; participação; orientação para o cliente; abrangência; orientação para os resultados; e melhoria contínua (EQUASS, 2012).

Quando os princípios da qualidade se encontram alinhados com os critérios chave, a organização melhora a sua capacidade de identificar e analisar as necessidades dos clientes, disponibilizando, assim, produtos e serviços que respondam às suas necessidades, contribuindo para a melhoria contínua do SGQ. A implementação deste sistema traduz-se em benefícios evidenciados pela gestão mais ativa na transposição das expectativas dos cidadãos/utentes para requisitos dos serviços, na consequente melhoria dos processos e a diminuição da variação dos desempenhos individuais dentro da equipa e nas vantagens para o setor de atividade, nomeadamente por via da inerente melhoria da sua imagem pública (Antunes e Pires, 2006).

Em suma, através deste capítulo, compreendeu-se o quanto é essencial para as organizações, independentemente do seu segmento de atuação, implementarem um SGQ e posteriormente obterem a respetiva certificação. Contudo, as organizações devem ter em atenção as dificuldades que enfrentarão, como sejam a resistência organizacional, a falta de comprometimento e envolvimento de todos os colaboradores, os custos da implementação e a falta de compreensão dos requisitos da norma (Nadae *et al.*, 2009). Assim, o apoio da gestão de topo é primordial e o planeamento de como a organização irá iniciar o processo de implementação do modelo de gestão adotado é fundamental para minimizar o impacto negativo na cultura organizacional e, conseqüentemente, receber maior participação e envolvimento dos colaboradores.

PARTE II – ANÁLISE PRÁTICA

A thick, dark grey L-shaped line that starts horizontally from the left and turns vertically upwards on the right, framing the section header.

Caso de Estudo: *Casa de Saúde Bento Menni*

3.1 Enquadramento

Após o enquadramento teórico relativo ao SGQ, em geral, e ao referencial EQUASS, em particular, o presente capítulo diz respeito à apresentação da Instituição na qual decorreu o estágio profissionalizante, especificamente a Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), pertencente ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), sendo uma instituição particular de solidariedade social cuja atividade principal é a prestação de cuidados de saúde, preferencialmente no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

A CSBM, localizado na cidade da Guarda, iniciou a sua atividade em abril de 1994. Este centro assistencial está vocacionado para a prestação de cuidados em saúde mental, integrando as áreas de psiquiatria, psicogeriatría e deficiência mental, com uma forte preocupação pela prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas que recorrem aos seus serviços, em consonância com o modelo hospitalareiro (IIHSCJ, 2015).

Em 2013, a CSBM obteve, pela primeira vez, a certificação da qualidade de acordo com o referencial *EQUASS Assurance*, que visa estimular o desenvolvimento do setor dos serviços sociais, assumindo-se como um instrumento de garantia de qualidade reconhecido a nível europeu. Este modelo pretende constituir um apoio ao desenvolvimento dos serviços sociais, reforçando o nível de compromisso das organizações com a qualidade e a melhoria contínua e garantindo às partes interessadas, a nível europeu e ao nível de cada país, a qualidade dos serviços prestados (EQUASS, s.d.).

Deste modo, no ponto 3.2 realiza-se uma breve apresentação da Casa de Saúde Bento Menni, evidenciando a sua evolução histórica e os compromissos assumidos com as suas partes interessadas no âmbito da sua política da qualidade, bem como da sua visão, missão e valores. No ponto 3.3 faz-se referência aos serviços e projetos desenvolvidos pela CSBM, para no ponto 3.4 se apresentar o SGQ da instituição, de acordo com o referencial EQUASS. Por último, no ponto 3.5 sistematizam-se as considerações finais.

3.2 Apresentação da CSBM

O IIHSCJ é uma pessoa coletiva com personalidade jurídica civil e canónica, criada e dirigida pela Província Portuguesa da Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e o seu campo de ação é preferencialmente nas áreas da saúde mental e psiquiatria (IIHSCJ, 2015). Segundo informação disponível no Manual da Qualidade do IIHSCJ (2015: 8), esta organização é:

“(...) uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com Estatutos aprovados e registados na Direção Geral da Segurança Social a 24 de agosto de 2006, pelo averbamento n.º 3 à inscrição n.º 2/86, a fls. 6 e verso do Livro n.º 1 das Instituições com Fins de Saúde, com sede na Rua Prof. Luís da Cunha Gonçalves, n.º5 - 1.º Esq. em Lisboa.”

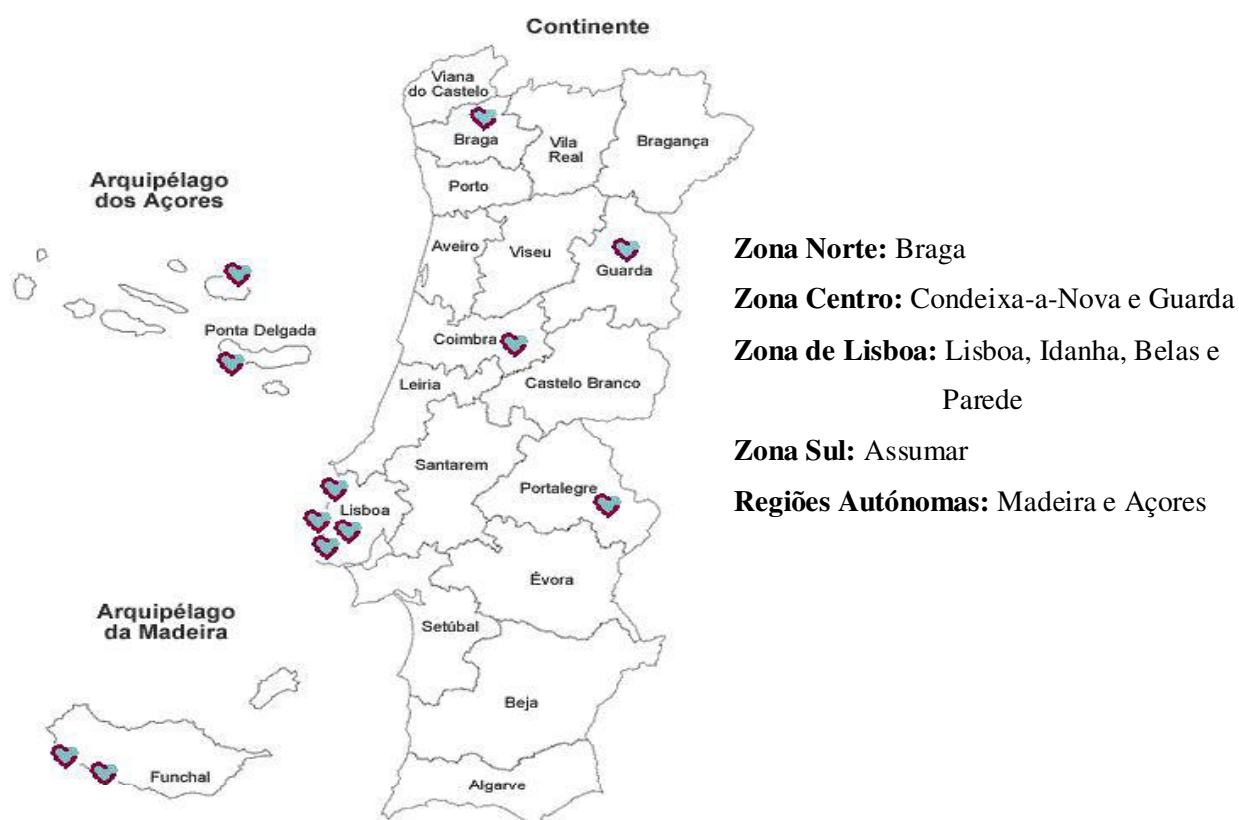
A instituição foi fundada em Ciempozelos - Madrid, a 31 de Maio de 1881, por São Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Gimenez, encontrando-se a congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ), obra à qual pertence o IIHSCJ, presente em mais de 200 centros de 27 países da Europa, América, África e Ásia (IIHSCJ, 2015). Com mais de 9.000 colaboradores e 1.000 Irmãs, a instituição concretiza a sua missão através de estruturas que oferecem uma vasta gama de serviços, tanto hospitalares como extra-hospitalares (IIHSCJ, 2015).

Em Portugal, o primeiro Centro Hospitaleiro foi inaugurado em 1894, com a fundação da Casa de Saúde de Idanha (IIHSCJ, 2015). A instituição criada e dirigida pela Província Portuguesa da Congregação de IHSCJ desenvolve a sua ação preferencialmente no âmbito da saúde mental e psiquiatria, indo de encontro aos objetivos fundacionais da Congregação, que surgiu como resposta a situações de abandono e exclusão social às quais estavam expostas, naquela época, mulheres portadoras de doenças mentais (IIHSCJ, 2015).

Para prossecução dos seus fins estatutários, como se pode observar através da **Figura 4**, o IIHSCJ dirige 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 se situam no Continente, 2 na região autónoma dos Açores e 2 na região autónoma da Madeira, com cerca de 3.000 camas de internamento (IIHSCJ, 2015), sendo eles: em Braga, a Casa de Saúde do Bom Jesus (1932); em Condeixa-a-Nova, a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (1959); na Guarda, a Casa de Saúde Bento Menni (1994); em Idanha-Sintra, a Casa de Saúde da Idanha (1894); em Belas-Sintra, a Casa de Saúde Santa Rosa de Lima (1921); na Parede-Cascais, o Centro Psicogeriátrico Nossa

Senhora de Fátima (1948); em Lisboa, a Clínica Psiquiátrica de S. José (1956); em Assumar-Portalegre, o Centro de Recuperação de Menores D. Manuel Salgueiro Trindade (1968); em Ponta Delgada, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição (1973); em Angra do Heroísmo, a Casa de Saúde Espírito Santo (1966); e no Funchal, a Casa de Saúde Câmara Pestana (1925) e o Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (1950).

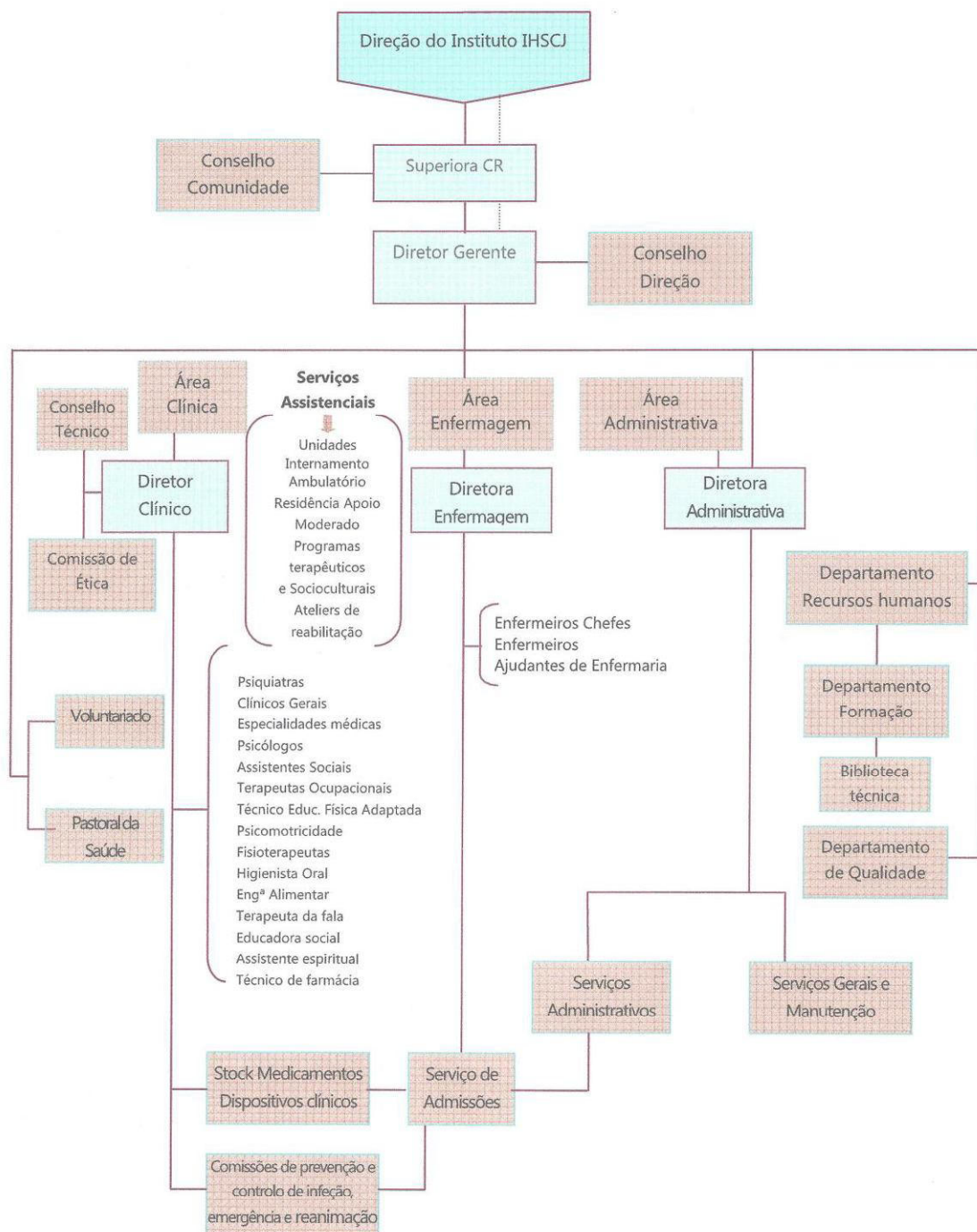
Figura 4. Estabelecimentos de saúde em Portugal do IIHSCJ



Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2013).

A Direção do IIHSCJ é composta pelos seguintes órgãos sociais: Presidente; Vice-Presidente; Vogal; Tesoureira; e Secretária (IIHSCJ, 2015). Assim sendo, os níveis hierárquicos, as comunicações formais e a interdependência entre a Direção do IIHSCJ e os diversos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ assentam na hierarquia definida na **Figura 5** (IIHSCJ, 2015).

Figura 5. Organograma do IHSJC



Fonte: IHSJC (2015:18).

A instituição define e integra os elementos dinâmicos e estruturais mais relevantes para configurar um modelo que dê resposta aos desafios atuais de prevenção, tratamento e reabilitação, partindo da inspiração do carisma fundacional e segundo os valores hospitalares (IHSJC, 2016). A congregação das IHSJC assenta a sua intervenção na comunidade em quatro

modelos hospitalares, sendo eles: o modelo assistencial; o modelo de gestão e administração; o modelo de relação com os colaboradores; e o modelo de diálogo com a sociedade (IHSCJ, 2010).

O **modelo assistencial**, para além de implementar um trabalho conjunto entre técnicos de diversas disciplinas, pressupõe que a valorização da componente biológica é em tudo semelhante à da componente psicológica e social, favorecendo assim a prestação de cuidados personalizados com base nas características individuais da pessoa e nas suas crenças (IHSCJ, 2010). O **modelo de gestão e administração**, tem por base dois conjuntos de princípios: os princípios básicos, onde se incluem a coerência com a identidade institucional, a ética/legalidade, a orientação dos recursos económicos a favor do destinatário, a equidade e solidariedade, a sobriedade, a ausência de fins lucrativos e a transparência; e os princípios operacionais, abrangendo a capacidade técnica, a integração de novas tecnologias, a eficácia e eficiência, o autofinanciamento e sustentabilidade, a proatividade em relação às novas necessidades, o estabelecimento de sinergias entre centros e províncias e a promoção da inovação (IHSCJ, 2010). O **modelo de relação com os colaboradores** assenta na ideia de que qualquer pessoa que preste serviços à instituição é também responsável pelas pessoas que a instituição abrange, devendo ser seu dever partilhar conhecimentos e comprometer-se com os objetivos, valores e missões da congregação das IHSCJ (IHSCJ, 2010). Por último, o **modelo de diálogo com a sociedade** valoriza a adequação da comunicação a cada cultura abrangida e incentiva a divulgação dos projetos por parte dos colaboradores (IHSCJ, 2010).

O IHSCJ (2015: 8), indo ao encontro da vivência de todos os centros assistenciais, tem como:

• **Missão:**

“A prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa.”;

• **Visão:**

“Tem como visão uma intervenção especializada na saúde, mais especificamente na saúde mental e psiquiatria, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, enquadrando na assistência prestada, os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica, social e espiritual da pessoa doente.”;

• **Valores:**

“Os Valores hospitalares são valores humanos que configuram o valor síntese da HOSPITALIDADE, caracterizam todas as atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde e manifestam o estilo próprio da atuação de todos os intervenientes”.

Deste modo, o IIHSCJ gere a sua atividade no respeito pelos seguintes valores:

- 1. Sensibilidade perante os excluídos:** a instituição direciona a atenção para aqueles que a sociedade maioritariamente menospreza;
- 2. Serviço aos doentes e necessitados:** as pessoas acolhidas são o centro de toda a instituição;
- 3. Acolhimento libertador:** sem julgamento, apenas a intenção de reabilitar com qualidade;
- 4. Saúde integral:** a reabilitação alcança todas as dimensões da pessoa, como o estipulado no modelo assistencial;
- 5. Qualidade profissional:** a instituição aposta no rigor profissional, assistência e trabalho em equipa;
- 6. Humanidade na atenção:** a prioridade é sempre a dignidade da pessoa acolhida;
- 7. Ética em toda a atuação:** comportamento de acordo com os critérios da bioética;
- 8. Consciência histórica:** a instituição pretende manter sempre presente as ideias base da instituição (IIHSCJ, 2015).

Em relação à Casa de Saúde Bento Menni, localizada na cidade da Guarda desde abril de 1994, a sua vocação, de acordo com o manual da qualidade do IIHSCJ (2015: 26), dirige-se:

“(...) para a prestação de cuidados em saúde mental, integrando as áreas de psiquiatria, psicogeriatría e deficiência mental, com uma afincada preocupação pela prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas que recorrem aos seus serviços, em sintonia com o Modelo Hospitalar.”

Ao longo do tempo, a CSBM tem efetuado várias transformações, tanto nas estruturas físicas, como nos recursos humanos, procurando proporcionar melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde (Lopes, 2015). Especialmente para doentes de média e longa duração, a instituição dispõe de uma lotação de 168 camas distribuídas por sete unidades de internamento e duas estruturas de reabilitação, para utentes do sexo feminino a partir dos 18 anos de idade (IIHSCJ, 2015). Futuramente pretende dar resposta assistencial a utentes do sexo masculino (CSBM, 2015a).

A instituição, de cariz hospitaleiro, direciona a sua missão para a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde mental e psiquiatria, tendo em conta as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa (IIHSCJ, 2015). Nesta perspetiva, é notório que a qualidade é um objetivo institucional incluído na missão do IIHSCJ, cuja realização constitui um compromisso dos centros assistenciais, dos profissionais e das equipas, perante a prestação de cuidados globais de saúde, numa dinâmica de melhoria continua desde a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação até à reintegração na sociedade, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas de todos os seus *stakeholders*. Segundo o IIHSCJ (2015: 29), a CSBM pretende satisfazer:

- *“O modelo assistencial hospitaleiro;*
- *Os requisitos legais e regulamentares aplicáveis;*
- *A identificação e satisfação possível das necessidades dos utentes, familiares, entidades parceiras e financiadoras, e comunidade;*
- *A promoção da sustentabilidade através de uma racional e eficaz gestão de recursos;*
- *A promoção da qualidade do desempenho dos colaboradores através do contínuo desenvolvimento das suas capacidades e competências;*
- *O planeamento, a monitorização, análise e revisão sistemática da prestação de cuidados, das condições e dos resultados obtidos, numa lógica de melhoria contínua, integrando as dimensões técnica, científica, humanizadora e espiritual.”*

Ainda focada nos seus objetivos, a CSBM pretende: proporcionar um ambiente seguro, confortável, humanizado, promotor de autonomia e qualidade de vida; promover a investigação em saúde mental e psiquiatria; e desenvolver atividades de ensino pré e pós graduado em diferentes áreas da saúde, principalmente em saúde mental e psiquiatria (IIHSCJ, 2015).

3.3 Serviços e Projetos da CSBM

Como já foi referido anteriormente, a CSBM foi fundada em 1994, sendo o décimo segundo centro assistencial da congregação das IHSCJ em Portugal. Assim sendo, respeita os modelos e princípios preconizados para as restantes instituições do IIHSCJ. A CSBM é um estabelecimento de saúde que tem como principais áreas de intervenção a saúde mental e psiquiatria, abrangendo seis valências, designadamente: psiquiatria (unidade de médio e longo

internamento); psicogeriatrica (unidade de médio e longo internamento); deficiência mental (unidade de longo internamento); ambulatório (consultas de diversas especialidades médicas e terapêuticas, tais como a psiquiatria, a psicologia clínica e a psicopedagogia clínica); área de dia (com vários programas em desenvolvimento); e reabilitação psicossocial e profissional (através de residências comunitárias de apoio moderado, tais como a Residência Intra-Hospitalar “Árvore” e a Residência Extra-Hospitalar “Papagaio”) (CSBM, 2015b; 2015d).

Para satisfazer os objetivos propostos, bem como os valores estabelecidos, a instituição dispõe de serviços técnico-assistenciais, como: serviços médicos (psiquiatria, medicina interna e medicina dentária); serviço de enfermagem; serviço social (gabinete do utente e gabinete de apoio psicossocial); serviço de psicologia; serviço de psicopedagogia; serviço de fisioterapia; serviço de educação física adaptada; serviço de reabilitação sócio ocupacional; e serviço de pastoral da saúde (CSBM, 2015b; 2015d).

Adicionalmente, coadjuva, para uma assistência integral e de qualidade, a existência de estruturas sócio terapêuticas, tais como: serviço de voluntariado; serviço de animação; *atelier's* de atividades produtivas e criativas; sala de estimulação sensorial – *Snoezelen*; o ginásio; a biblioteca; o centro de exposições; o auditório Bento Menni; o campo lúdico; o bar; o bazar; o salão de cabeleireiro; os serviços administrativos; e os serviços de apoio geral (CSBM, 2015c, 2015d).

Para além de todas estas mais-valias, a CSBM convida diariamente utentes a participar em diversas atividades, em serviços de apoio geral, na elaboração de trabalhos manuais, na participação em atividades socioculturais e atividades de estimulação cognitiva e sensorial. Também, ao longo do ano, a instituição celebra os aniversários de utentes e colaboradores, assim como todas as outras datas festivas locais e institucionais, de modo a promover o contacto com a família e a comunidade (por exemplo, a comemoração do dia do doente, o cortejo de carnaval, o aniversário da Casa de Saúde, o arraial hospitaleiro, a festa da castanha, o encontro anual das famílias dos doentes internados, a festa de Natal e as janeiras). Também são dinamizadas atividades, como o campo de férias, o fim-de-semana hospitaleiro, a experiência da missão hospitaleira, o retiro hospitaleiro e o acompanhamento pessoal (CSBM, 2015d).

É pertinente referir que, a CSBM dispõe de uma comissão de ética para a saúde aprovada pela ordem dos médicos, uma comissão de recrutamento e acompanhamento de colaboradores, uma associação de familiares e amigos dos utentes (ASAG), um corpo de voluntariado permanente,

um departamento de formação e, aposta ainda, num conjunto de procedimentos com vista à inovação, desenvolvimento e investigação (CSBM, 2015e).

A CSBM desenvolve constantemente projetos que são o espelho da sua criatividade hospitalar, de modo a apresentar soluções aos desafios colocados por todos os seus *stakeholders*. O resultado caracteriza-se por uma diversidade de projetos que visam a promoção de autonomia e melhoria do desempenho cognitivo e sensorial. De acordo com a CSBM (2015b) e Lopes (2015), atualmente, estão ativos os seguintes projetos:

- **Programa “Despertares” – *Snoezelen*:** destina-se a pessoas com deficiência mental grave e profunda e a pessoas com estados demenciais. Este projeto desenvolve-se na sala de *Snoezelen* e pretende estimular os sentidos primários, recorrendo às capacidades sensoriais dos utentes e proporcionar relaxamento, através da criação de um ambiente agradável e de proximidade entre o técnico e o utente, explorando as diversas formas alternativas da comunicação;
- **Programa “ReaCog”:** insere-se no âmbito da intervenção psicológica e de estimulação cognitiva nas pessoas com história de doença mental de evolução prolongada, com o objetivo de estimular as áreas cognitivas deficitárias e potenciar as que estão conservadas. As sessões são estruturadas segundo as diferentes áreas da cognição, fomentando a autonomia e o desempenho das utentes;
- **Projeto “Re(a)cordar”:** é um programa de estimulação cognitiva, destinado a pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos e/ou com níveis médios de degeneração cognitiva. Este projeto tem como objetivos: manter ou melhorar o desempenho cognitivo das pessoas idosas envolvidas nas sessões semanais de treino e estimulação; incitar a satisfação e perceção das utentes com a sua vida; e manter ou melhorar a sua autonomia;
- **Projeto “Grão-a-Grão”:** aplicado a pessoas com diagnóstico de deficiência mental ligeira ou moderada tem a finalidade de manter ou alterar comportamentos, tendo em conta as características individuais previamente avaliadas de cada utente. Através de reuniões semanais, são atribuídos pontos de acordo com o desempenho e o comportamento das pessoas nas atividades programadas, promovendo a autorreflexão, o relacionamento interpessoal e responsabilidade;
- **Projeto “Ó da Guarda”:** inserido na reabilitação psicossocial, no qual se abrem as portas à comunidade e se proporciona um convívio físico e emocional aos utentes, assumindo o direito à diferença e à integração destas pessoas, este projeto integra um

grupo folclórico, constituído aproximadamente por quarenta elementos, entre eles utentes, colaboradores, voluntários e Irmãs;

- **Projeto “O Serrano”:** diz respeito a um projeto psicopedagógico que requer a elaboração de um jornal quadrimestral, com a intenção de divulgar as atividades desenvolvidas na Instituição. A CSBM incita a participação de utentes, colaboradores, estagiários, voluntários e Irmãs, para estimular o gosto pela leitura e o acesso a informação atualizada;
- **Projeto “Clube de Leitura”:** destinado a utentes que saibam ler, escrever e que manifestam interesse por atividades de leitura e/ou escrita, este projeto foi desenvolvido com o objetivo de estimular capacidades cognitivas e proporcionar prazer e bem-estar associando uma melhoria ao nível da autoestima;
- **Projeto “Escola-Viva”:** programa de intervenção na área pedagógica e de reabilitação, com os seguintes objetivos: desenvolver um espaço de aprendizagem de novos conhecimentos por parte das utentes; possibilitar às utentes a experiência de novas vivências num ambiente de verdadeira entrega e entreajuda; promover a descoberta de limites existentes quer na Casa quer na sociedade, assim como estabelecer laços de comunicação e de amizade; aprofundar conhecimentos nas áreas da socialização, língua portuguesa, matemática e meio ambiente, facilitando assim uma boa relação não só com a escola do primeiro ciclo do Bairro da Luz (onde se localiza a CSBM) mas também com a comunidade. As aulas, semanais, são ministradas voluntariamente por duas professoras do 1º ciclo do ensino básico, já aposentadas, a cerca de trinta e duas utentes;
- **Projeto “Entre-nós”:** com o objetivo de melhorar e otimizar áreas e competências que se mostrem menos desenvolvidas nas pessoas com diagnóstico de deficiência mental, foi desenvolvido este projeto que consiste na formação de um grupo de autorrepresentação composto por utentes de todas as áreas assistenciais da instituição. Através do incentivo à participação e envolvimento numa dinâmica de grupo são apresentadas sugestões de melhoria dos serviços e avaliada a perceção que as restantes utentes têm do grupo de autorrepresentação. Assim, pretende-se que as utentes consigam autonomizar-se da equipa de apoio e mantenham as reuniões de grupo e a participação dinâmica e regular no Centro;
- **Projeto “Arco-Íris”:** inserido na reabilitação psicossocial, tem como finalidade proporcionar a um grupo de pessoas com diagnóstico de doença mental crónica, mas clinicamente estáveis, um conjunto de aptidões pessoais, sociais, cognitivas, motoras e ocupacionais/profissionais. Deste projeto fazem parte duas residências: a Residência Intra-Hospitalar “Árvore”, destinada a pessoas diagnosticadas com deficiência mental,

capazes de alcançar um funcionamento psicossocial, aumentar a autonomia individual, garantir a satisfação pessoal e promover a humanização e a qualidade de vida do meio Intra-Hospitalar; e a Residência Extra-Hospitalar “Papagaio”, destinada a utentes capazes de habitar numa casa própria na comunidade, com o fim de as desinstitucionalizar com qualidade técnica e humana, proporcionando uma maior autonomia e satisfação com a vida e contribuindo para a diminuição do estigma relativo à doença mental.

A CSBM dispõe, também, de um programa de atividades produtivas e criativas que engloba diversos *atelier's* que têm como principal objetivo fornecer aos utentes atividades ocupacionais, de acordo com as suas capacidades e necessidades, que sejam significativas, segundo o ponto de vista individual, e que promovam a autonomia no exercício das mesmas atividades. Estas atividades estão definidas nos planos individuais de intervenção, os quais são elaborados em conjunto com cada utente e a sua família. Segundo CSBM (2015c), as pessoas com diagnóstico de deficiência mental passam grande parte do seu tempo em atividades de ocupação, entre elas:

- **“Espaço afetos - Sala Bem-estar”**: espaço reservado a utentes com diagnósticos de deficiência mental profunda e grave. Este *atelier* encontra-se inserido no serviço de reabilitação sócio ocupacional, no âmbito da intervenção ocupacional e terapêutica, com o objetivo de promover a estimulação sensorial e o relaxamento;
- **“Recriar”**: *atelier* destinado a utentes com deficiência mental moderada, inserido no serviço de reabilitação sócio ocupacional e tem como finalidade a promoção da autonomia funcional, da autoestima e da qualidade de vida. Cada atividade desenvolvida tem em si objetivos terapêuticos e reabilitativos que permitem estimular e manter as capacidades cognitivas, motoras, comunicacionais e funcionais das utentes;
- **“Dar+Vida”**: *atelier* aplicado a utentes com os mais diversificados diagnósticos na área da saúde mental, tendo por objetivo desenvolver níveis elevados de autonomia na concretização de trabalhos manuais, na tentativa de manter ativas as suas capacidades cognitivas. Para tal, são realizadas atividades produtivas, adaptadas aos interesses individuais e do grupo, consoante as potencialidades e gostos expressos;
- **“Cantinho dos avós”**: *atelier* dedicado a utentes da psicogeriatrica com grau de dependência moderado a grave, em que são desenvolvidas atividades que permitem manter e estimular as capacidades cognitivas, funcionais e relacionais das participantes;
- **“Multiusos”**: *atelier* destinado a utentes das diferentes áreas de intervenção, cujas atividades têm como objetivo manter e estimular as capacidades cognitivas, funcionais e relacionais das participantes, tendo em conta os seus interesses pessoais.

De um modo geral, as atividades desenvolvidas nestes *atelier's* são a costura, a culinária, a expressão artística e plástica, as atividades lúdico-terapêuticas, os jogos didáticos e interativos, a musicoterapia, sessões de relaxamento, a estimulação multissensorial e cognitiva, o cuidado pessoal, os fantoches, exercícios de leitura e escrita, artesanato, atividades manuais, atividades de reminiscência, estimulação da linguagem e outras dinâmicas de grupo (Lopes, 2015).

Por conseguinte, a CSBM, assim como todo o IIHSCJ, potencia e desenvolve iniciativas de formação e docência de modo a incrementar conhecimento profissional aos seus colaboradores, incentivando-os a utilizar as oportunidades e os apoios ao desenvolvimento, disponibilizados no âmbito da formação (IIHSCJ, 2015). A formação promovida destina-se preferencialmente aos seus colaboradores internos, contudo, e pelo reconhecimento e responsabilidade que assume no âmbito da sua ação, na área da saúde, pode formar outros profissionais interessados, assim como promover ações que permitam a integração socioprofissional das pessoas assistidas ou com doença mental (IIHSCJ, 2015).

É ainda pertinente referir que, o IIHSCJ tem instituído um processo para gerir as interfaces tecnológicas, que assegura a circulação e transferência de conhecimento entre a atividade inovadora da organização e o seu ambiente (IIHSCJ, 2015). Para tal, serve-se de algumas atividades descritas na NP 4457:2007 (IPQ, 2007), entre as quais se destacam (IIHSCJ, 2015: 15-16):

“(...) a análise da envolvente externa para identificar quais os atores que com ela interagem, ou podem interagir, na troca da informação considerada necessária pela organização para a produção do conhecimento, bem como a deteção de oportunidades e ameaças (análise swot) e a identificação das atividades de criatividade interna e ferramentas de gestão do conhecimento, necessárias para assegurar a troca de informação/produção de conhecimentos organizacionais, assegurando que as mesmas são planeadas, implementadas, mantidas e atualizadas.”

A Instituição dispõe ainda de procedimentos para a captação, análise, avaliação e pré-seleção de ideias com vista identificar possíveis oportunidades de inovação, tais como reuniões entre a gestão de topo e os diferentes profissionais dos estabelecimentos de saúde (IIHSCJ, 2015). Deste modo, o IIHSCJ contribui, por meio do desenvolvimento de projetos de investigação, para o crescimento dos conhecimentos científicos, para uma melhor compreensão dos processos psicopatológicos subjacentes à doença, de modo a otimizar os processos assistenciais (IIHSCJ, 2015).

3.4 Sistema de Gestão da Qualidade da CSBM

A qualidade é um objetivo fundamental à missão do IIHSCJ, que integra os Centros Assistenciais, os profissionais e as equipas. A execução deste objetivo manifesta-se na prestação de cuidados de saúde associada a uma melhoria contínua nos vários níveis de intervenção (prevenção, diagnóstico e reabilitação), de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes, familiares, profissionais, voluntários e entidades parceiras (Rodrigues, 2014).

Assim, consciente dos benefícios associados, a CSBM introduziu na sua estratégia o desenvolvimento e implementação de um SGQ tendo como base o referencial EQUASS. Como já foi referido no ponto 2.2 do capítulo anterior, este referencial é um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais, apresentando uma abordagem centrada nos *stakeholders*, potenciando o envolvimento de todos na gestão dos serviços prestados pela Instituição.

Em junho de 2013 foi, pela primeira vez, atribuída a certificação EQUASS *Assurance* à CSBM, como resposta ao reconhecimento por uma entidade externa e independente de que a Instituição satisfaz os seus *stakeholders* e obedece às exigências legais de forma eficaz. Dois anos passados, e afinado o SGQ pela partitura dos 100 indicadores do referencial EQUASS, em junho de 2015 foi obtida a (re)certificação EQUASS *Assurance*.

O processo de implementação de um SGQ numa organização é moroso e complexo, podendo demorar anos, dependendo da complexidade da organização e da mentalidade das pessoas envolvidas. Todo o processo requer a participação e colaboração de uma equipa multidisciplinar, que vai desde a gestão de topo até aos colaboradores da organização. O envolvimento de todos os intervenientes é importante, pois para a implementação do SGQ é necessário um profundo conhecimento da organização, modo funcional, processos e procedimentos que estão na base da sua atividade (Araújo, 2013).

A metodologia seguida para a implementação de um SGQ na CSBM consistiu essencialmente em satisfazer os critérios da qualidade e indicadores de desempenho, recorrendo a um questionário de verificação de acordo com o definido no referencial EQUASS *Assurance* e respeitando a natureza e cultura da instituição. A implementação do SGQ inicia-se com uma análise geral à situação da organização, através de entrevistas e questionários de diagnóstico e valorização, que mostram a imagem da situação real da mesma, em termos gerais e, em

particular, da qualidade. Posteriormente desenvolve-se a “construção” do SGQ com a formalização de processos e com a elaboração da documentação do SGQ respeitando o modelo de gestão da qualidade aplicado.

Neste sentido, o processo de implementação do SGQ da CSBM tem por base os princípios da qualidade, os quais devem estar devidamente definidos para que expressem de maneira geral o que resumidamente a Instituição deve praticar de modo a ter uma boa gestão. Segundo o IIHSCJ (2015: 27), o âmbito do SGQ da CSBM é a:

“Prestação de cuidados de saúde, no domínio da promoção da saúde mental, prevenção e tratamento da doença mental e deficiência mental, reabilitação psicossocial e reintegração e cuidados continuados integrados gerais e específicos.”

Assim, a CSBM, apoiada pelo SGQ do IIHSCJ, configura-se no compromisso sistemático com a melhoria contínua da qualidade, integrando as dimensões técnicas e humanizadoras (IIHSCJ, 2015). Isto traduz-se num conjunto de exigências para planejar, identificar e controlar processos, promover a organização ambiental, capacitar os recursos humanos, realizar a análise crítica, atender aos requisitos dos clientes e promover a melhoria contínua, tendo em conta os seguintes princípios:

- 1. Liderança:** princípio dinamizador e fundamental para a garantia da qualidade, de forma a promover *“o desenvolvimento e a inovação, assegurando a adoção de boas práticas, a otimização dos recursos e a orientação para a prossecução dos fins institucionais”* (IIHSCJ, 2015: 5);
- 2. Recursos Humanos:** a realização da missão do IIHSCJ *“exige de todos os profissionais o compromisso com a excelência do desempenho e a prestação de serviços centrada no utente/utilizador. A Política de Gestão de Recursos Humanos da Instituição define as linhas orientadoras no desenvolvimento de mecanismos de recrutamento que garantam a igualdade de oportunidades e a não discriminação, baseadas na qualificação dos seus profissionais, nos conhecimentos, nas capacidades e competências requeridas; promove uma cultura de envolvimento, participação, formação e desenvolvimento na perspetiva da melhoria contínua de desempenho para o benefício das partes interessadas”* (IIHSCJ, 2015: 5);
- 3. Direitos e Deveres:** há um comprometimento do IIHSCJ em *“promover e defender os Direitos dos utentes (pessoa assistida), em termos de igualdade de tratamento, de oportunidades, de participação, de liberdade de escolha e de autodeterminação”* (IIHSCJ, 2015: 5);

4. **Ética:** é um dos princípios fundamentais em toda a atuação do IIHSCJ, portanto, é exigido *“da parte de todos os profissionais uma atuação ética em todos os campos e em todas as decisões: na assistência clínica, na ação educativa e reabilitadora, na atuação social e na gestão e organização, sempre em conformidade com as leis em vigor”* (IIHSCJ, 2015: 5-6);
5. **Parcerias:** através do estabelecimento de *“parcerias a diferentes níveis e âmbitos de atuação: científico, assistencial, pedagógico, cultural e técnico”*, o IIHSCJ consegue prestar cuidados diferenciados e humanizados em saúde, nomeadamente em saúde mental, tendo em conta *“as melhores práticas, qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão holística”* (IIHSCJ, 2015: 6);
6. **Participação e Envolvimento:** com o intuito *“de melhorar continuamente a prestação de serviços dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, promove-se a participação e o envolvimento dos utentes, familiares/significativos, profissionais, voluntários e outras partes interessadas, mediante procedimentos e atividades específicas”* (IIHSCJ, 2015: 6);
7. **Orientação para o Cliente:** o “coração” do IIHSCJ está na pessoa com doença física e/ou psíquica, pois *“para ela se orientam todos os recursos, estruturas, programas e projetos”* (IIHSCJ, 2015: 6);
8. **Abrangência:** *“O IIHSCJ promove a participação e envolvimento do utente e de todas as partes interessadas nos diferentes processos de melhoria contínua, mediante uma intervenção atual, integral, interdisciplinar e continuada”* (IIHSCJ, 2015: 6);
9. **Orientação para os Resultados:** a metodologia estabelecida pelo IIHSCJ para orientar para os resultados *“consiste na implementação de medidas que visam alcançar os resultados que satisfaçam todas as partes interessadas (utentes, familiares/pessoas significativas, profissionais, entidades parceiras e entidades financiadoras). A instituição mede, monitoriza e avalia as expectativas das partes interessadas, assim como procura implementar as medidas necessárias e adequadas à melhoria contínua, transparência e responsabilização”* (IIHSCJ, 2015: 7);
10. **Melhoria Contínua:** para que o IIHSCJ preserve a qualidade dos seus serviços, prevê *“um processo de crescimento/mudança que implica pro-atividade, envolvimento de todos os recursos humanos e materiais existentes, uma monitorização e avaliação constante dos resultados com base nos processos chave e procedimentos disseminados e implementados e em evidências obtidas através da nossa intervenção aos diferentes níveis. Após análise, as conclusões gerarão oportunidade de inovação e qualidade na prestação de cuidados aos utentes, famílias e sociedade em geral”* (IIHSCJ, 2015: 7).

O cumprimento destes dez princípios da qualidade evidenciam, juntamente com os critérios definidos e os indicadores de desempenho, a conformidade do referencial EQUASS Assurance, através de um questionário de verificação, utilizado quer na autoavaliação efetuada pela própria Instituição, quer na auditoria externa de certificação. Assim sendo, alguns pontos fulcrais para dar cumprimento ao modelo de certificação são: política da qualidade; comprometimento da gestão/responsabilidades; comunicação; planeamento; gestão por processos; documentação de suporte; revisão do SGQ; e melhoria contínua.

➤ **Política da Qualidade**

Relativamente à **Política da Qualidade**, o IIHSCJ (2015: 28) considera que a mesma:

“(...) pauta a sua intervenção no campo da saúde por uma Política de Qualidade com vista à melhoria contínua na prossecução dos objetivos e finalidade institucional, de modo a alcançar os melhores resultados possíveis, articulando a identidade, qualificada atenção técnico-profissional e acompanhamento integral aos utentes. A Qualidade Hospitaleira define a prestação de uma atenção integral através de uma ação preventiva, um diagnóstico correto, uma terapêutica consequente e reabilitação individualizada, cuidando a pessoa em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual, segundo um excelente padrão ético e relacional, assumindo à mesma uma participação ativa no seu próprio cuidado e recuperação.”

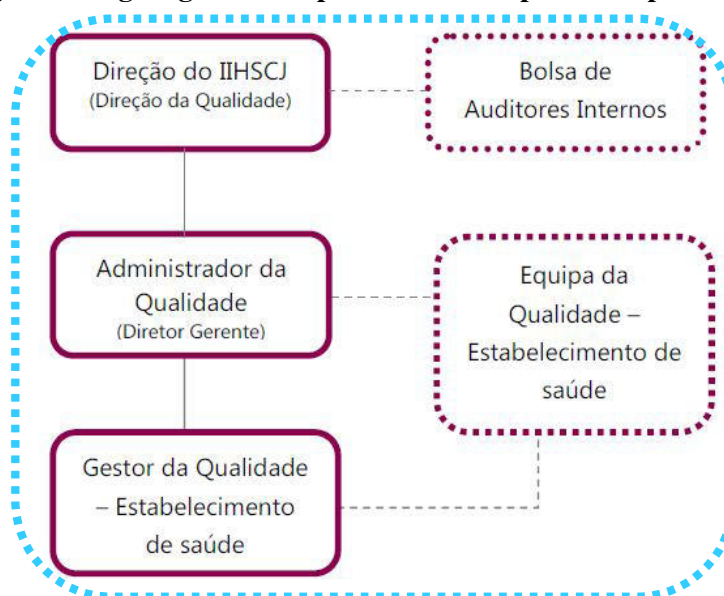
➤ **Comprometimento da Gestão/Responsabilidades**

Quanto ao **Comprometimento da Gestão/Responsabilidades**, o IHSCJ (2015: 29) assume:

“(...) a responsabilidade de aplicar nos diferentes contextos os requisitos específicos do Sistema de Gestão da Qualidade de acordo com o referencial EQUASS Assurance, validado por entidade externa, e fomentar o desenvolvimento de uma cultura de qualidade com vista a melhoria contínua e à satisfação das necessidades e expectativas dos utentes e demais partes interessadas.”

Como é possível observar através da **Figura 6**, a implementação e manutenção do SGQ envolve todos os membros da organização, com as mais distintas responsabilidades, de modo a dinamizar e melhorar os processos de trabalho nas diferentes áreas e serviços dos estabelecimentos de saúde (IIHSCJ, 2015).

Figura 6. Organograma dos profissionais responsáveis pelo SGQ



Fonte: IIHSCJ (2015: 29).

Todos os profissionais do IIHSCJ, no âmbito do SGQ, são responsáveis por:

- *“Integrar na sua prática profissional os requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade desenvolvendo uma cultura de melhoria contínua;*
- *Responsabilizar-se pelas suas obrigações individuais no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade;*
- *Cumprir o estabelecido no Manual da Qualidade e restante documentação relevante para o SGQ;*
- *Contribuir para a boa implementação do Sistema de Gestão da Qualidade orientando os seus objetivos para a realização da missão hospitaleira;*
- *Participar no desenvolvimento e na revisão dos procedimentos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade.”* (IIHSCJ, 2015: 32).

➤ Comunicação

No que concerne à **Comunicação**, o IIHSCJ definiu um conjunto de fluxos de comunicação interna e externa, de modo a difundir a eficaz implementação e melhoria do SGQ (IIHSCJ, 2015). Os principais meios de comunicação internos utilizados são as circulares, notas internas, atas de reunião e correio eletrónico; e os meios de comunicação externa são a página na Internet, ofícios, fax, correio eletrónico, correio normal (IIHSCJ, 2015). A informação relevante do IIHSCJ encontra-se sistematizada num procedimento (PROC.) e numa instrução de trabalho (INS.), especificamente o **PROC.05 – Sistema de gestão da informação e confidencialidade** (Anexo 1) e a **INS.30 – Sistema de gestão da informação** (Anexo 2) (IIHSCJ, 2015).

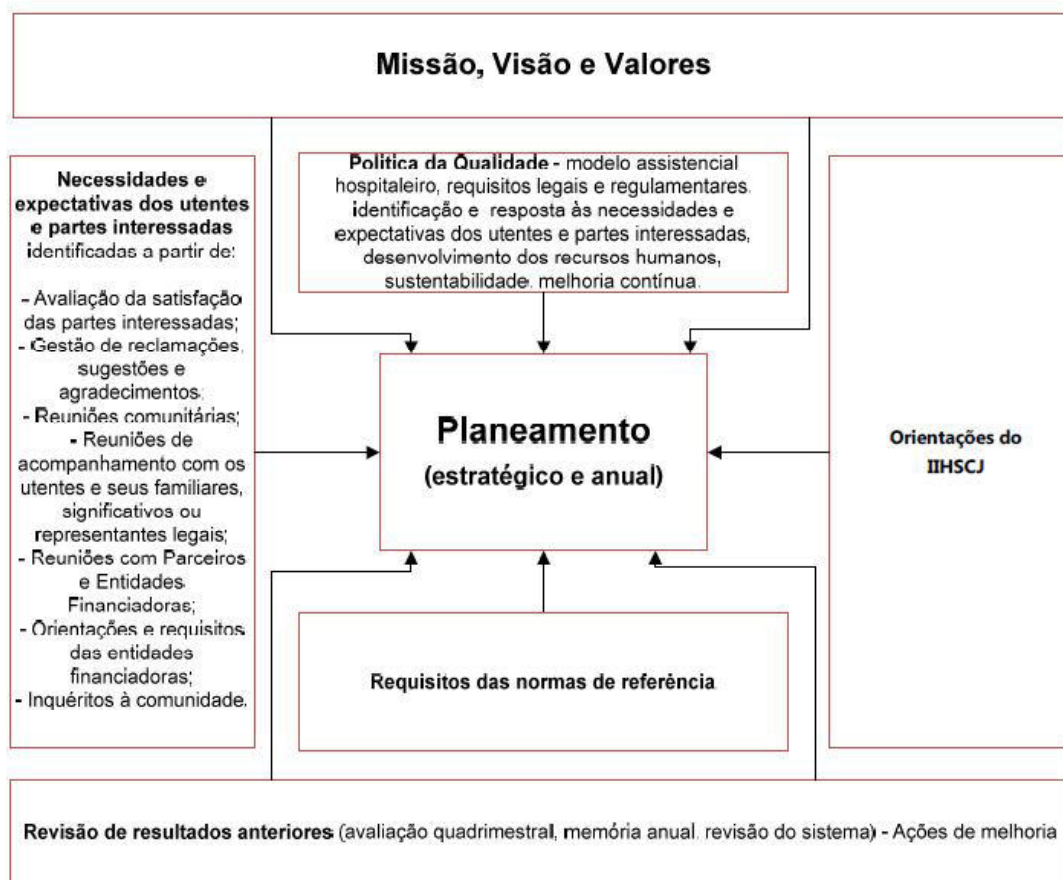
➤ Planeamento

Em relação ao **Planeamento**, o IIHSCJ (2015: 33):

“(...) define estrategicamente a 6 anos os principais objetivos que orientam a planificação aos vários níveis da organização: IIHSCJ – estabelecimentos de saúde – serviços/unidades. Cada estabelecimento de saúde define o seu plano estratégico a 3 anos e após devida aprovação, elabora anualmente o Plano de Gestão, no qual prioriza atividades, planeia e monitoriza, orientando todos os recursos para a prossecução dos seus fins assistenciais.”

Como é possível constatar através da **Figura 7**, este planeamento, envolvendo ativamente todos os utentes e profissionais dos estabelecimentos de saúde, encontra-se em consonância com as orientações da programação do IIHSCJ, requisitos das normas de referência, política da qualidade e com as necessidades e expectativas dos utentes e restantes *stakeholders*, numa perspetiva de melhoria contínua (IIHSCJ, 2015). Após a análise dos resultados, são estabelecidas novas prioridades de atuação e, se necessário, alteradas as políticas e os perfis estratégicos anteriormente definidos, com o intuito de atingir progressivamente níveis de qualidade mais elevados, face ao princípio de melhoria contínua.

Figura 7. Fluxograma do planeamento



Fonte: IIHSCJ (2015: 33).

➤ Gestão por Processos

No que respeita à **Gestão por Processos**, esta metodologia pretende:

“(…) propiciar um enquadramento que se incorpore e integre na realização da missão do IIHSCJ e assim, permita a compreensão das suas interações e a determinação do seu desempenho, através de indicadores adequados”, que têm como objetivo “melhorar continuamente a eficiência e a eficácia dos processos e, consequentemente, da organização (IIHSCJ, 2015: 34).

Os processos identificados e descritos encontram-se agrupados em três grupos. O primeiro grupo refere-se aos **Processos de Gestão**, os quais estão relacionados com a gestão da organização. Assim, a gestão da organização encontra-se sistematizada através de dois processos (PRO.):

- **PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua** (Anexo 3): *que “inclui as atividades desenvolvidas no âmbito da definição do planeamento estratégico e anual dos estabelecimentos de saúde, sua monitorização e avaliação, e ainda a revisão do sistema”* (IIHSCJ, 2015: 34);
- **PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação** (Anexo 4): *que “inclui as atividades inerentes ao planeamento, operacionalização e avaliação da investigação, Desenvolvimento e Inovação”* (IIHSCJ, 2015: 34).

O **Quadro 24** apresenta, para o PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 24. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua

Processo	PRO.01 – GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA
Procedimentos	
PROC.01 Gestão documental PROC.02 Ações de melhoria e controlo de não conformidades, ações corretivas e preventivas PROC.03 Avaliação do contributo de entidades parceiras PROC.04 Gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos PROC.05 Sistema de gestão da informação e confidencialidade PROC.06 Segurança e proteção de pessoas vulneráveis PROC.09 Avaliação do grau de conhecimento da comunidade PROC.10 Auditorias internas PROC.11 Avaliação do grau de satisfação das partes interessadas PROC.18 Participação e envolvimento das partes interessadas	
Instruções de Trabalho	
INS.30 Sistema de gestão da informação	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 25** apresenta-se, para o PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação (Anexo 4), o procedimento definido e aplicado em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 25. PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação

Processo	PRO.09 – INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO
Procedimentos	
PROC.33 Investigação clínica	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

Seguidamente, no **Quadro 26**, apresentam-se os processos que fazem parte dos Processos de Gestão, especificando o seu conteúdo e identificando o respetivo responsável.

Quadro 26. Processos de gestão

	Processo	Descrição	Responsável
Processos de Gestão	PRO.01 Processo de gestão e melhoria contínua	Estabelece regras gerais para a definição de estratégias que assegurem a gestão e melhoria contínua em conformidade com as orientações globais da Instituição, assim como determina e proporciona os recursos necessários para melhorar a eficácia dos serviços e consequentemente aumentar a satisfação dos utentes e restantes partes interessadas.	Direção do IIHSCJ e Direção dos estabelecimentos de saúde
	PRO.09 Processo de investigação, desenvolvimento e inovação	Sistematiza e uniformiza o processo investigação, desenvolvimento e inovação nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades relacionadas com o planeamento, operacionalização e avaliação da investigação, desenvolvimento e inovação.	Direção dos estabelecimentos de saúde

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

O segundo grupo refere-se aos **Processos Chave**, em que:

“Os Processos Chave identificados caracterizam-se por um conjunto específico de entradas e tarefas de valor acrescentado com impacto direto na satisfação dos requisitos dos utentes, nomeadamente necessidades e expectativas com vista à sua satisfação” (IIHSCJ, 2015: 35).

Assim, para auxiliar na execução dos serviços, existem três processos:

- **PRO.05 – Processo de admissão** (Anexo 5): *“inclui as atividades desenvolvidas no âmbito da admissão aos estabelecimentos de saúde em qualquer uma das suas respostas, nomeadamente a análise de critérios de admissão, consulta de avaliação clínica e gestão de lista de referenciação”* (IIHSCJ, 2015: 34);
- **PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento** (Anexo 6): *“inclui todas as atividades desenvolvidas no âmbito do internamento nomeadamente o acolhimento, a avaliação inicial, plano individual de intervenção e alta”* (IIHSCJ, 2015: 34);
- **PRO.07 – Processo de intervenção clínica no ambulatório** (Anexo 7): *“inclui todas as atividades desenvolvidas em respostas de ambulatório”* (IIHSCJ, 2015: 34).

O **Quadro 27** atesta, para o PRO.05 – Processo de admissão (Anexo 5), as instruções de trabalho definidas e aplicadas em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 27. PRO.05 – Processo de admissão

Processo	PRO.05 – ADMISSÃO
Instruções de Trabalho	
INS.04 Admissão de utentes propostos pela RNCCI INS.05 Gestão de lista de referenciação de utentes INS.06 Constituição do processo clínico INS.07 Admissão de utentes provenientes de unidades hospitalares	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 28** averigua-se, para o PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento (Anexo 6), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 28. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento

Processo	PRO.02 – INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO
Procedimentos	
PROC.07 Plano individual de intervenção PROC.17 Programas terapêutico-reabilitativos PROC.23 Alta clínica PROC.24 Transferência de utentes PROC.25 Envio não programado de utentes por agudização clínica não psiquiátrica PROC.26 Prevenção e monitorização de quedas PROC.27 Contenção física PROC.28 Prevenção de úlceras de pressão PROC.29 Prevenção e monitorização de comportamentos da esfera suicidária PROC.32 Tratamento de úlceras de pressão	
Instruções de Trabalho	
INS.11 Alta de utentes internados nas unidades da RNCCI INS.12 Medidas a tomar em caso de fuga de utentes internados INS.13 Medidas a tomar em caso de falecimento de utentes INS.10 Verificação e/ou reposição do carro ou mala de urgência/emergência INS.15 Medidas preventivas de quedas INS.13 Medidas a tomar em caso de falecimento de utentes INS.28 Encaminhamento de situações de risco de suicídio e comportamentos da esfera suicidária INS.08 Acolhimento de enfermagem INS.09 Envio programado de utentes a instituições de saúde INS.14 Receção de medicação do utente	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 29** verifica-se, para o PRO.07 – Processo de intervenção clínica no ambulatório (Anexo 7), o procedimento definido e aplicado em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 29. PRO.07 – Processo de intervenção clínica no ambulatório

Processo	PRO.07 – INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO
Procedimentos	
PROC.31 Apoio domiciliário	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

Na continuidade do anterior, no **Quadro 30** expõem-se os processos que integram os Processos Chave, especificando o seu conteúdo e identificando o respetivo responsável.

Quadro 30. Processos Chave

	Processo	Descrição	Responsável
Processos Chave	PRO. 05 Admissão	Sistematiza e uniformiza o processo de admissão nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades de receção e contacto, análise de critérios de admissão, realização de consulta de avaliação clínica e gestão da lista de referênciação.	Direção Técnica dos estabelecimentos de saúde
	PRO. 02 Intervenção clínica no internamento	Sistematiza e uniformiza o processo de intervenção clínica no internamento nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades de acolhimento, elaboração e avaliação do Plano Individual de intervenção, transferência e alta de utentes.	Direção Técnica dos estabelecimentos de saúde
	PRO. 07 Intervenção clínica no ambulatório	Sistematiza e uniformiza o processo de intervenção clínica no ambulatório nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades de consultas externas, área de dia, apoio domiciliário e intervenções especializadas.	Direção Técnica dos estabelecimentos de saúde

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

O terceiro grupo refere-se aos **Processos de Suporte**, os quais apoiam os processos operacionais, nomeadamente os Processos Chave. Assim, existem cinco processos de suporte, especificamente:

- **PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento** (Anexo 8): *“inclui o acolhimento, integração e acompanhamento de estagiários e o desenvolvimento de atividades que visam a melhoria contínua do desempenho pela aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos exigidos para um exercício profissional de qualidade, segundo as melhores práticas, e um adequado alinhamento com os objetivos institucionais da Hospitalidade”* (IIHSCJ, 2015: 35);

- **PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial** (Anexo 9): *“inclui recrutamento, seleção, acompanhamento e integração de voluntários nas diferentes estruturas dos estabelecimentos de saúde”* (IIHSCJ, 2015: 35);
- **PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde** (Anexo 10): *“inclui as atividades inerentes às Precauções básicas do controlo de infeção e à Higienização de espaços e equipamentos”* (IIHSCJ, 2015: 35);
- **PRO.04 – Processo de serviços de apoio** (Anexo 11): *“inclui Serviço de Receção, Higienização de espaços e equipamentos, Gestão de Recursos (transportes, salas e equipamentos), Manutenção de Equipamentos, Lavandaria e Costura – Tratamento de roupas, Cozinha, Bar, Padaria, Cabeleireiro e Bazar”* (IIHSCJ, 2015: 35);
- **PRO.03 – Processo de serviços de suporte** (Anexo 12): *“inclui Serviço de stock de medicamentos e Serviço de Esterilização”* (IIHSCJ, 2015: 35).

O **Quadro 31** apresenta, para o PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento (Anexo 8), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 31. PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento

Processo	PRO.11 – DOCÊNCIA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS
Procedimentos	
PROC.08 Formação e desenvolvimento dos profissionais PROC.12 Acolhimento, integração e acompanhamento de estagiários	
Instruções de Trabalho	
INS.01 Constituição do <i>dossier</i> técnico pedagógico da formação INS.25 Constituição do <i>dossier</i> técnico pedagógico para formação em contexto de trabalho INS.02 Constituição do <i>dossier</i> técnico pedagógico de estágios INS.27 Atividade externa de docência	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 32** verifica-se, para o PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial (Anexo 9), a instrução de trabalho definida e aplicada em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 32. PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial

Processo	PRO.08 – VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL
Instruções de Trabalho	
INS.21 Constituição do <i>dossier</i> dos voluntários	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 33** confirma-se, para o PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Anexo 10), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 33. PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde

Processo	PRO.06 – PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE
Procedimentos	
PROC.20 Higienização de espaços e equipamentos PROC.30 Precauções básicas do controlo de infeção	
Instruções de Trabalho	
INS.16 Higiene das mãos INS.17 Etiqueta respiratória INS.18 Equipamento de proteção individual INS.19 Manuseamento seguro de roupa INS.20 Recolha segura de resíduos INS.22 Derrame de sangue e fluidos INS.23 Material e equipamentos de limpeza INS.24 Recomendações para uso de desinfetantes INS.29 Acidentes com exposição ao sangue	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 34** observa-se, para o PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ

Quadro 34. PRO.04 – Processo de serviços de apoio

Processo	PRO.04 – SERVIÇOS DE APOIO
Procedimentos	
PROC.13 Ciclo de tratamento de roupas PROC.14 Manutenção e controlo de equipamentos PROC.22 Gestão de transportes, salas e equipamentos	
Instruções de Trabalho	
INS.26 Controlo de equipamentos de monitorização e medição	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No **Quadro 35** verifica-se, para o PRO.03 – Processo de serviços de suporte (Anexo 12), a articulação existente entre procedimentos e instruções de trabalho definidos e aplicados em todos os estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

Quadro 35. PRO.03 – Processo de serviços de suporte

Processo	PRO.03 – SERVIÇOS DE SUPORTE
Procedimentos	
PROC.19 Circuito da esterilização	
Instruções de Trabalho	
INS.03 Embalamento de dispositivos médicos/compressas	

Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015a).

Em síntese, no **Quadro 36** apresentam-se os processos que estão incluídos nos Processos de Suporte, especificando o seu conteúdo e identificando o respetivo responsável.

Quadro 36. Processos de suporte

	Processo	Descrição	Responsável
Processos de Suporte	PRO.11 Docência, formação e desenvolvimento dos profissionais	Sistematiza e uniformiza o processo de docência, formação e desenvolvimento dos profissionais, estabelecendo o método de estruturação da docência e formação orientada para a melhoria contínua do desempenho dos profissionais que desenvolvam a sua atividade no IIHSCJ.	Responsável do departamento de RH, Responsável de formação e Coordenador pedagógico
	PRO.08 Processo de voluntariado assistencial	Sistematiza e uniformiza o processo de voluntariado assistencial nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades de recrutamento, seleção e integração de voluntários.	Responsável de voluntariado dos estabelecimentos de saúde
	PRO.06 Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde	Sistematiza e uniformiza o processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades relacionadas com as medidas de precauções básicas do controlo de infeção e de higienização de espaços e equipamentos.	Direção de enfermagem dos estabelecimentos de saúde
	PRO. 04 Serviços de apoio	Sistematiza e uniformiza o processo de serviços de apoio nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades de serviço de receção, gestão de recursos (transportes, salas e equipamentos), manutenção de equipamentos, lavandaria e costura – tratamento de roupas, cozinha, bar, padaria, cabeleireiro e bazar.	Direção administrativa e Direção de enfermagem dos estabelecimentos de saúde
	PRO. 03 Serviços de suporte	Sistematiza e uniformiza o processo de serviços de suporte nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, definindo regras gerais para as atividades do circuito de esterilização.	Direção de enfermagem dos estabelecimentos de saúde

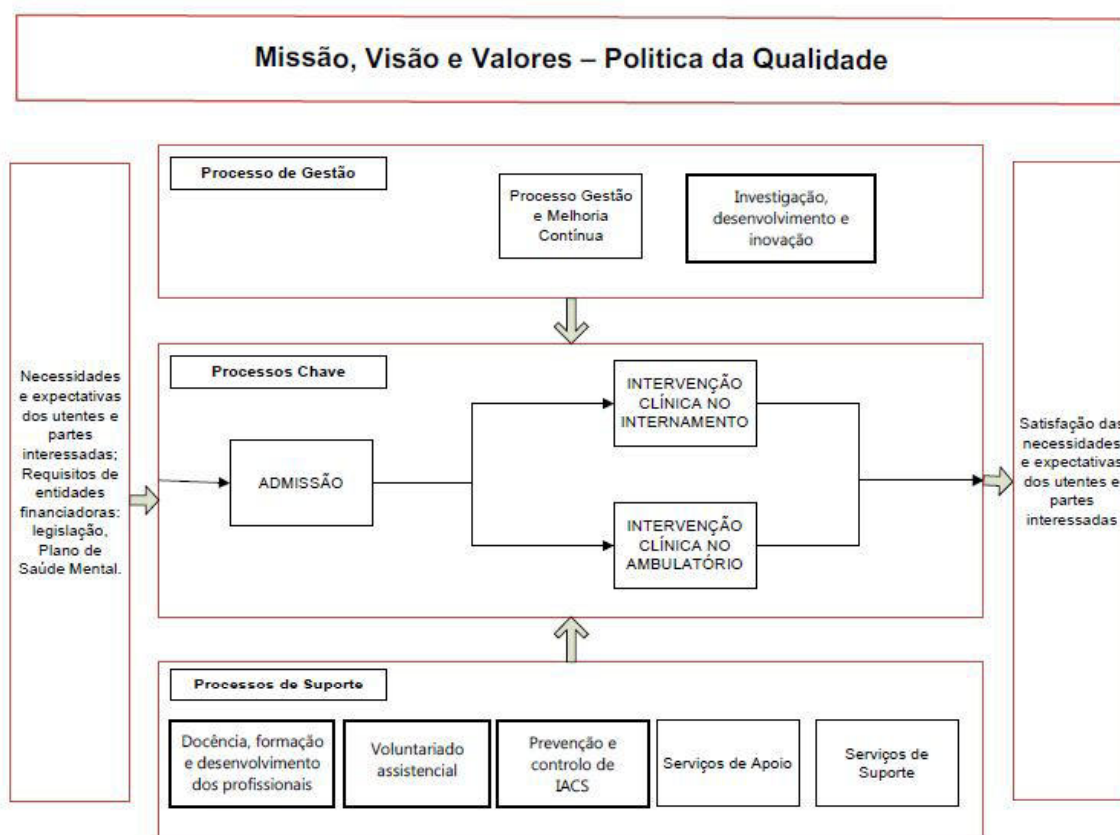
Fonte: Adaptado de IIHSCJ (2015).

No âmbito do SGQ e, ainda, respeitante à Gestão por Processos, existem também nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ (IIHSCJ, 2015):

- **Manual de Procedimentos Administrativo-Financeiros:** contém toda a informação relativa aos serviços administrativos e financeiros, que incluem as áreas de: contabilidade; compras; serviços administrativos; facturação; e cobranças;
- **Manual de “Stock de Medicamentos”:** inclui todas as atividades relacionadas com o *stock* de medicamentos, nomeadamente o registo de entrada, preparação e administração de medicação;
- **Manual de Recursos Humanos (2006) e Manual de Políticas de Gestão de Recursos Humanos (2013):** onde estão registadas as atividades desenvolvidas no âmbito da gestão de Recursos Humanos (RH).

Em suma, através do esquema da **Figura 8** é possível observar os processos do IIHSCJ e demonstrar como o SGQ integra a missão assistencial do IIHSCJ.

Figura 8. Processos do IIHSCJ



Fonte: IIHSCJ (2015: 36).

Assim, a Figura 8 evidencia que os processos apresentam ligação entre si, uma vez que dão directivas e recebem informações para a gestão dos processos (IIHSCJ, 2015). Para cada processo apresentado são definidos pelo IIHSCJ os responsáveis, objetivos, indicadores de desempenho, fluxograma, descrição de atividades, responsabilidades e intervenientes e os documentos e registos associados (IIHSCJ, 2015).

➤ Documentação de Suporte

Relativamente à **Documentação de Suporte**, o IIHSCJ (2015: 42), através do procedimento **PROC.01 – Gestão documental** (Anexo 13):

“(...) estabeleceu, documentou, implementou e mantém um procedimento de gestão e controlo da documentação, nomeadamente, no âmbito dos Documentos Estratégicos, Documentos Normativos e/ou Regulamentares, Políticas/Compromissos Institucionais, Processos, Procedimentos, Instruções de Trabalho, Formulários e demais Documentos operacionais dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ”.

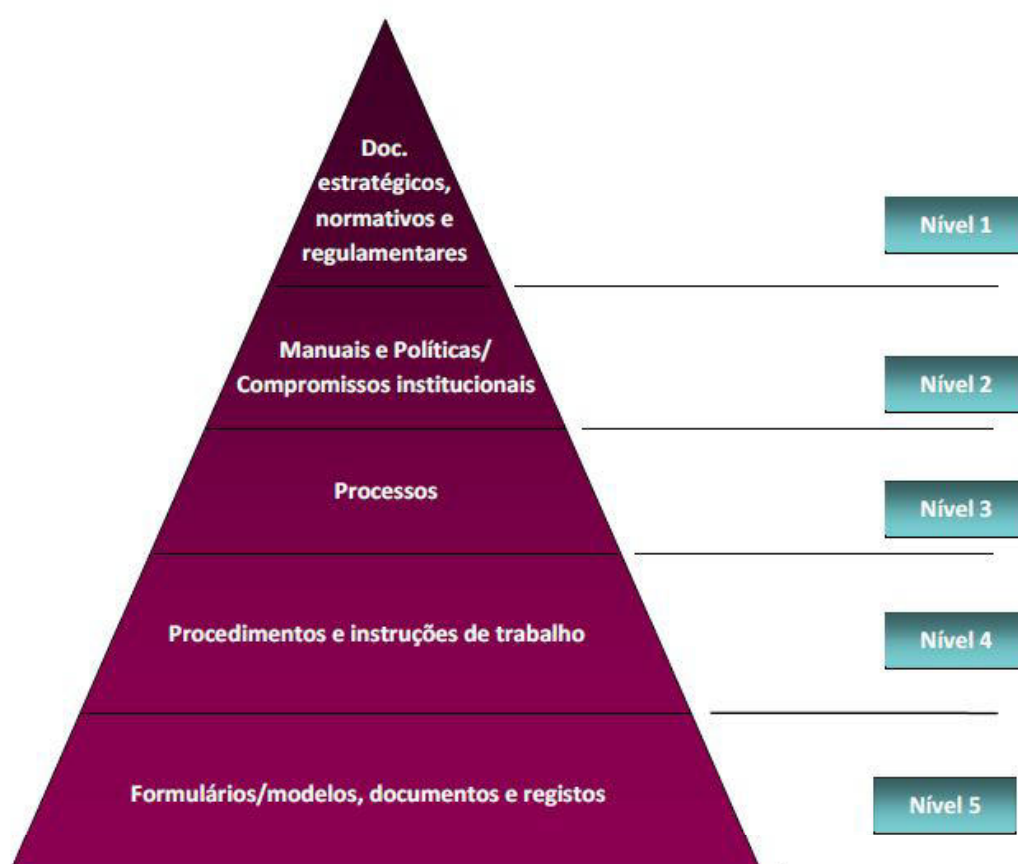
O IIHSCJ com o objetivo de reestruturar e modernizar os arquivos do IIHSCJ, desenvolveu o **DOC.01 – Manual de Procedimentos de Arquivo**, constituído pelo Regulamento Arquivístico, o Plano de Classificação Documental e a Tabela de Seleção de Documentos, com o intuito de sistematizar boas práticas arquivísticas para os estabelecimentos de saúde e, futuramente, possibilitar a integração do sistema de arquivo nas medidas de informatização e comunicabilidade do Instituto (IIHSCJ, 2015).

A documentação apresenta-se estruturada, em diferentes níveis, como se observa na **Figura 9**. Assim, no **nível 1** encontram-se: os Documentos Estratégicos (DE), que apresentam linhas orientadoras a diferentes níveis, para o Instituto/estabelecimentos de saúde; e os Documentos Normativos e/ou Regulamentares (DNR), que são documentos de carácter legislativo, normativo, regulamentar ou outras instruções que definem a estrutura/organização e funcionamento dos serviços do IIHSCJ (IIHSCJ, 2015).

Por sua vez, no **nível 2** apresentam-se os Manuais e as Políticas/Compromissos Institucionais (COM.), que são documentos que estabelecem orientações da intervenção global e/ou setorial

dos estabelecimentos de saúde, tendo em vista a concretização da sua missão (IIHSCJ, 2015). Deste modo, o Manual da Qualidade é um dos documentos mais estratégicos do SGQ, visto que é o referencial principal para o entendimento do SGQ do Instituto; e relativamente às Políticas/Compromissos Institucionais, foram definidas pelo IIHSCJ as seguintes: política da qualidade; política de ética; política de segurança de pessoas e bens; política de confidencialidade; política de participação e envolvimento das partes interessadas; política de gestão de RH; e a política de reconhecimento dos voluntários (IIHSCJ, 2015).

Figura 9. Estrutura da documentação



Fonte: IIHSCJ (2015: 43).

No **nível 3** encontram-se os Processos (PRO.) que são documentos que definem o conjunto de atividades interrelacionadas que utilizam recursos definidos e que transformam entradas em saídas, das quais depende a obtenção de resultados (IIHSCJ, 2015a), ou seja, os processos são sequências de atividades que transformam entradas (informações, materiais, instruções ou matérias-primas) em saídas (produtos, serviços ou decisões).

Por conseguinte, no **nível 4** apresentam-se os Procedimentos (PROC.) e as Instruções de trabalho (INS.). Os Procedimentos documentam o modo de realização de uma atividade ou de um processo, enquanto as Instruções são formulários utilizados para documentar ou padronizar tarefas geralmente técnicas, específicas e operacionais, sendo que cada serviço/setor deve ter uma série de instruções de trabalho para alcançar todos os procedimentos realizados na organização.

Por último, no **nível 5** encontram-se diversos documentos, como os Modelos/Formulários (MOD.), Registos e Documentos (DOC.). Os Modelos/Formulários são registos normalizados; os Registos são documentos que expressam os resultados obtidos ou fornecem evidências das atividades realizadas; e os Documentos operacionais são todos os restantes documentos que dizem respeito ao estabelecimento de saúde, tais como Manuais, Planos, Relatórios, Guias, entre outros (IIHSCJ, 2015). De modo a agilizar a consulta da documentação no âmbito do SGQ por parte dos profissionais, o IIHSCJ disponibiliza cópias em suporte papel e/ou suporte informático, sendo que toda a documentação é periodicamente verificada, de modo a garantir que se encontra atualizada.

➤ **Revisão do SGQ**

Quanto à **Revisão do SGQ**, o IIHSCJ pretende que este seja o ponto mais revelador da integração e alinhamento do SGQ com o sistema de gestão geral do Instituto. Assim, com a sua revisão devem ser analisadas oportunidades de melhoria viáveis e identificadas alterações oportunas ao SGQ (IIHSCJ, 2015). Segundo o IIHSCJ (2015: 44-45), o processo de revisão do SGQ é efetuado a partir dos seguintes dados de entrada:

- *“Resultados de Auditorias internas e externas;*
- *Resultados da monitorização da satisfação dos utentes, familiares, profissionais, entidades parceiras e financiadoras, voluntários;*
- *Registos das sugestões, reclamações e agradecimentos;*
- *Registos das Não Conformidades, ações corretivas e preventivas;*
- *Registos de ações de melhoria;*
- *Seguimento das ações resultantes de anteriores revisões ao SGQ;*
- *Cumprimento dos Objetivos da Qualidade;*
- *Relatório do Departamento de Formação;*
- *Atas das reuniões da Equipa da Qualidade;*
- *Recomendações para melhoria.”*

Estes dados são tratados e expressos pelo Gestor da Qualidade através do **MOD. 106- Relatório de Revisão**, que traduz o balanço do SGQ do ano anterior e constitui o documento de análise pela Direção do estabelecimento de saúde e pela Direção do IIHSCJ (IIHSCJ, 2015). Uma síntese da revisão do SGQ integra o MOD. 105- Memória Anual de cada estabelecimento de saúde (IIHSCJ, 2015).

A Revisão do sistema, efetuada anualmente, é uma atividade essencial das Direções dos estabelecimentos de saúde e da Direção do IIHSCJ e garante a adequação e atualização do SGQ à realidade de cada estabelecimento de saúde (IIHSCJ, 2015). Nos estabelecimentos de saúde, participam na reunião de revisão os membros do Conselho de Direção, o Administrador da Qualidade, o Gestor da Qualidade e os Responsáveis dos Processos (IIHSCJ, 2015). Esta reunião é registada em ata, assim como as decisões tomadas, no que respeita: à melhoria da eficácia do SGQ e dos seus processos; à melhoria do serviço relacionada com requisitos do utente; e à necessidade de recursos (IIHSCJ, 2015).

➤ **Melhoria contínua**

Em relação à **Melhoria contínua**, o IIHSCJ (2015: 45) considera-a:

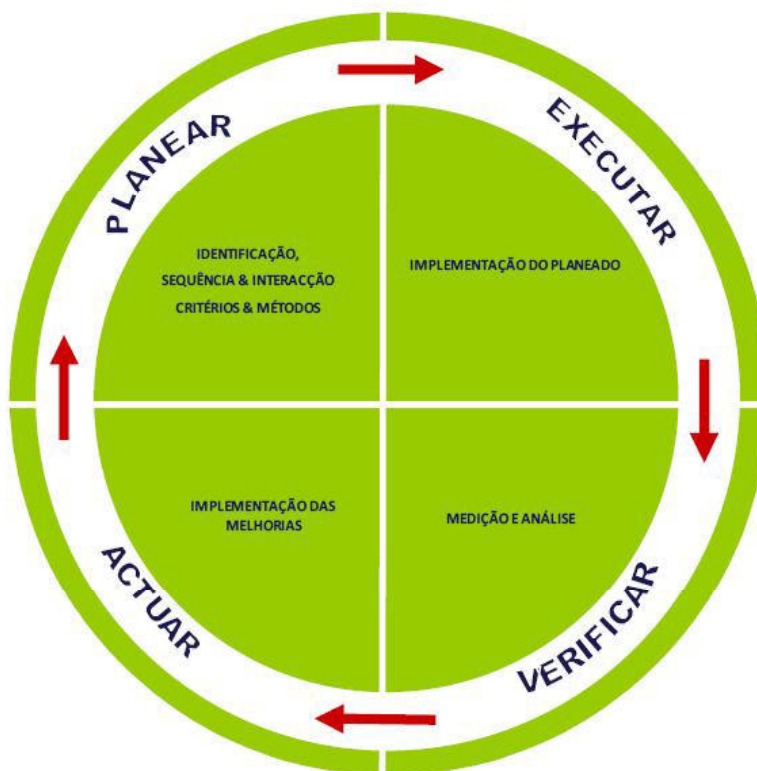
“(...) um elemento estruturante da realização da Missão do IIHSCJ, assente na qualidade técnica, humana e científica com vista ao alcance dos objetivos institucionais.”

Assim, o Instituto encontra-se orientado para a melhoria contínua na prestação dos serviços, para a otimização das condições operacionais da organização e para a satisfação dos seus utentes e restantes *stakeholders*, tendo por base a visão estratégica, as exigências atuais na área da saúde, a política da qualidade, os objetivos da qualidade, os resultados das auditorias, o feedback das partes interessadas e a revisão do sistema (IIHSCJ, 2015).

Como é possível observar através da **Figura 10**, a metodologia utilizada, neste processo de melhoria contínua, assenta no princípio do ciclo PDCA, que é constituído por quatro fases: **Plan** (Planear), fase na qual se analisam as áreas/atividades ou processos a melhorar; **Do** (Executar), fase na qual se implementa a mudança/melhoria; **Check** (Verificar), passo onde se efetuam a monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; e **Act** (Atuar), depois de planear a

mudança/melhoria, implementá-la e monitorizá-la, vem a fase na qual se toma a decisão de acordo com os resultados obtidos, tendo em conta o processo de melhoria da qualidade (Silva *et al.*, 2010).

Figura 10. Ciclo PDCA do IIHSCJ



Fonte: IIHSCJ (2015: 45).

O processo de implementação do SGQ com vista à melhoria contínua, nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ, permite (IIHSCJ, 2015: 46):

- “Sistematizar e operacionalizar a realização da missão e para a prossecução dos objetivos específicos que orientam a sua identidade e intervenção no campo da saúde;
- Melhorar os métodos e processos de trabalho e de funções;
- Melhorar o cuidado aos utentes através de processos promotores de autodeterminação, empowerment e qualidade de vida tornando-os sujeitos ativos do seu processo de recuperação e reabilitação;
- Promover o envolvimento e participação de todos os que integram a Instituição ou que com ela contactam.”

3.5 Considerações Finais

Desde a fundação, em 1881, o IIHSCJ tem como um dos seus objetivos prioritários proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados especializados de saúde integrais. A sua missão desenvolve-se através da prestação de serviços de saúde para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e, ocasionalmente, pessoas com outras patologias. Assim, o reconhecimento da excelência organizacional com a obtenção da certificação pelas entidades devidamente qualificadas para o efeito é uma prioridade para o IIHSCJ, constituindo, mesmo, uma obrigatoriedade para todas as instituições, na qual se inclui a CSBM, certificada pela primeira vez em 2013 através do referencial EQUASS *Assurance*.

A certificação do IIHSCJ visa a satisfação das necessidades e expectativas de todos os seus *stakeholders* (utentes, familiares/tutores, colaboradores, voluntários, entidades parceiras e financiadoras), tendo por base o desenvolvimento sustentado da instituição, em consonância com um elevado sentido de responsabilidade social de todos os seus profissionais. Nestes termos, o processo de certificação da qualidade deve responder aos desafios do mercado, desenvolvendo intervenções de forma sistematizada e científica, tomando decisões e executando ações baseadas na medição e na análise de desempenho da instituição.

De facto, o processo de certificação introduz uma cultura de avaliação institucional, através de processos avaliativos e normativos consensuais, bem como requisitos mínimos para as ações e procedimentos na área da saúde. De facto, a instituição necessita de um sistema padronizado bem definido, para garantir a previsibilidade dos resultados esperados pelos *stakeholders* e para permitir a procura de melhorias contínuas de forma consistente (Barrantes, 2012). Em suma, a qualidade implica uma atuação sobre vários pontos do sistema, nomeadamente: objetivos da instituição; conformidade dos serviços prestados; envolvimento dos utentes e profissionais; e medição dos resultados e melhoria contínua.

Processo de Auditoria à Qualidade dos Serviços

4.1 Enquadramento

A implementação de um SGQ na Casa de Saúde Bento Menni permite, de forma eficaz, constante e gradual, melhorar os níveis de qualidade e desempenho da instituição, uma vez que encoraja os seus profissionais a fazer cada vez melhor, bem como impele a instituição para novos desafios, no âmbito do desenvolvimento dos procedimentos conducentes à (re)certificação da qualidade dos serviços sociais de acordo com o referencial EQUASS *Assurance*. Deste modo, seguindo o proposto por Schramm (1971), concretiza-se neste capítulo a metodologia de caso de estudo na CSBM, de forma a levantar informação sobre o conjunto de decisões, saber porque foram tomadas as mesmas, como foram implementadas e os resultados que se obtiveram.

Também Yin (2008) considera que, a metodologia de caso de estudo deve ser utilizada quando se pretende estudar eventos atuais, em situações onde os comportamentos não podem ser manipulados, sendo possível fazerem-se observações diretas e entrevistas sistemáticas. As vantagens deste método relacionam-se com as competências na expressão de processos sociais à medida que eles se desenrolam nas organizações e possibilidade de considerar um grande número de variáveis, as quais não necessitam de ser predeterminadas (Yin, 2008). Deste modo, as técnicas de recolha de dados utilizadas na presente investigação foram a conversação informal, a observação direta e a análise documental.

Por conseguinte, o presente relatório de estágio profissionalizante pretende ser um importante contributo para o conhecimento aprofundado da realidade da instituição, no que respeita ao seu grau de envolvimento com a qualidade, com vista a perceber as limitações, dificuldades e procedimentos do SGQ e encontrar as melhores estratégias de atuação face às reais necessidades. Assim, no ponto 4.2 descrevem-se os objetivos e a metodologia adotada na investigação, seguindo-se, no ponto 4.3, a apresentação das não conformidades decorrentes do processo de auditoria e no ponto 4.4 a apresentação das oportunidades de melhoria do referido processo. Por sua vez, no ponto 4.5 faz-se referência às sugestões para dinamizar o processo de melhoria continua e, por último, no ponto 4.6 expõem-se as considerações finais.

4.2 Objetivos e Metodologia

O presente relatório de estágio profissionalizante tem como **objetivo principal** analisar, melhorar e simplificar o processo de implementação do modelo EQUASS na CSBM, para que a instituição obtenha a (re)certificação da qualidade dos serviços sociais (EQUASS *Assurance*). Como já anteriormente se referiu, este programa de certificação, garante a qualidade e controlo da qualidade dos serviços sociais, permitindo às organizações que prestam serviços no setor social envolverem-se num processo de certificação externo, reconhecido a nível europeu, através do qual asseguram a qualidade dos seus serviços junto de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas.

Assim, de modo a facilitar a sua operacionalização, o objetivo principal foi desdobrado nos seguintes **objetivos secundários**:

- Percecionar o enquadramento dos normativos legais sobre a temática da qualidade, com particular ênfase no modelo EQUASS;
- Propor um SGQ para a CSBM, através do cumprimento dos critérios para a certificação da qualidade do EQUASS e do cumprimento dos indicadores chave do desempenho da organização;
- Fomentar o trabalho em rede entre as entidades intervenientes, de modo a promover a construção de um modelo que satisfaça as necessidades e expetativas de todas as partes interessadas;
- Propor um plano de ação, de modo a garantir a eficácia e a eficiência do SGQ.

Para dar cumprimento aos objetivos anteriores, no início do período de estágio foram conhecidos os colaboradores da Instituição e feita a respetiva visita às instalações. Para de seguida, com apoio da Gestora da Qualidade da instituição, se observar o funcionamento do modelo EQUASS *Assurance*, suportado no Manual da Qualidade e toda a documentação afeta ao SGQ em vigor. As tarefas realizadas ao longo do período de estágio centraram-se, fundamentalmente: na análise da documentação existente relacionada com a área do estágio, identificando as irregularidades encontradas na documentação e substituindo a documentação obsoleta; realização de auditorias internas ao SGQ e consequente elaboração do seu relatório; elaboração de relatórios de avaliação da satisfação das partes interessadas e de avaliação do grau de conhecimento da comunidade; e construção de uma ferramenta em Excel que sistematiza, de forma simplificada, todo o conteúdo constante do SGQ.

A **metodologia** de investigação desenvolvida consistiu na análise qualitativa e descritiva dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que modelaram a investigação (Barañano, 2004). Como referem Denzin e Lincoln (2000), a abordagem qualitativa tem sido frequentemente utilizada em estudos nos quais se localiza o investigador, isto é, estudos que envolvem uma grande variedade de materiais empíricos que descrevem a rotina e o significado do objeto de estudo. Ao passo que, segundo Oliveira (1997), a abordagem quantitativa preocupa-se com a quantificação de dados, através da utilização de recursos e técnicas estatísticas, sendo muito utilizada em pesquisas descritivas onde se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis ou em pesquisas conclusivas, onde se pesquisam relações de causalidade entre eventos.

Assim, no cumprimento dos objetivos definidos usaram-se duas abordagens complementares: a revisão bibliográfica; e o caso de estudo. A revisão bibliográfica proporcionou uma visão abrangente de investigações e contribuições anteriormente realizadas, conduzindo ao ponto necessário para desenvolver investigações futuras e novos estudos. O caso de estudo, relativo à Casa de Saúde Bento Menni, centrou-se nas dinâmicas necessárias para que o processo de melhoria contínua do SGQ possa ser desenvolvido em toda a sua plenitude, monitorizando e avaliando o mapa de processos.

Na medida em que, toda a investigação científica carece da definição do seu objeto de estudo, para que posteriormente seja construído um processo de investigação, delimitando o universo do estudo pretendido, a presente investigação suportou-se num método abrangente, com a lógica do planeamento, da recolha e da análise de dados (Yin, 2008). A escolha deste método justifica-se por o mesmo ter em conta quatro pontos fulcrais, especificamente: as questões propostas (“como” e “porquê”); o controlo que o investigador exerce sobre os factos; o momento em que os factos acontecem; e o tipo de variáveis do ambiente de estudo (Yin, 2008).

4.3 Processo de Auditoria: Análise de Não conformidades

No processo de auditoria, uma não conformidade está relacionada com os processos que dão origem a resultados insatisfatórios, isto é, que não satisfazem determinado requisito segundo os princípios e dimensões do modelo EQUASS. Deste modo, a análise de não conformidades teve por base o **MOD.106 – Relatório de revisão do SGQ da CSBM** (Anexo 14), assim como o **MOD.186 – Relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade** (Anexo 15) e

o **MOD.70 – Relatório de avaliação da satisfação de todas as partes interessadas** (Anexo 16), respeitantes ao ano de 2014.

Assim, considerando o MOD.106 – Relatório de revisão do SGQ relativo ao ano de 2014 (Anexo 14), efetua uma análise crítica do desempenho, adequação e eficácia do mesmo, expondo também as melhorias a introduzir face à análise dos resultados. Quanto ao MOD.186 – Relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade (Anexo 15), o mesmo desenvolveu-se tendo em conta os dados obtidos no **MOD.47 – Questionário de avaliação do grau de conhecimento da comunidade** (Anexo 17). Como refere a CSBM (2014b), a participação e opinião dos cidadãos são fundamentais para melhorar os serviços da instituição, com vista a, em função dos resultados obtidos, desenvolver estratégias para adequar esta visão externa a respeito da Instituição às necessidades e expectativas da comunidade.

Por sua vez, o MOD.70 - Relatório de avaliação da satisfação de todas as partes interessadas (Anexo 16) traduz os resultados do processo de auscultação de todas as partes interessadas, nomeadamente os utentes, familiar/tutor ou pessoa significativa, profissionais, voluntários, entidades parceiras e entidades financiadoras, através da aplicação de questionários de avaliação do grau de satisfação em relação à Instituição e aos serviços prestados, refletindo os pontos fortes e as ações de melhoria a implementar (CSBM, 2014c).

Nestes termos, os Quadros 37 a 42 refletem, por processo, as não conformidades identificadas na CSBM no ano de 2014. Estas não conformidades têm as suas causas nas dimensões relativas a matérias-primas/consumíveis, procedimentos/métodos, pessoas, infraestruturas/equipamentos/ferramentas e meio ambiente. Assim, através do **Quadro 37** identificam-se as não conformidades do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 1 da Qualidade - «Liderança». As não conformidades identificadas têm a sua causa nas pessoas e nos procedimentos/métodos e devem-se ao incumprimento das dimensões do planeamento anual e da comunicação, nomeadamente:

1. Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à reflexão sobre a espiritualidade da colaboração – que tem como medida de tratamento dar continuidade aos trabalhos integrantes do SGQ, independentemente das atividades culturais e eventos que naturalmente acontecem;
2. Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita ao aumento do número de consultas externas – que tem como medida de tratamento elaborar um folheto de divulgação das consultas em diferentes espaços de comunicação interna e externa;

3. Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à auditoria interna a todo o SGQ – que tem como medida de tratamento aguardar a chegada das baixas de maternidade para dar continuidade ao trabalho;
4. Lacunas ao nível do conhecimento dos serviços prestados pela CSBM, identificadas na avaliação do grau de conhecimento da comunidade, entidades parceiras e financiadoras, familiares e utentes – que tem como medidas de tratamento: desenvolver iniciativas de divulgação externa e recolher os questionários de conhecimento da comunidade junto de outros destinatários; reforçar a divulgação dos serviços prestados através dos meios de comunicação sociais; distribuir um folheto junto da comunidade, na marcha pela saúde mental (dia da saúde); efetuar uma ação de recolha de questionários de conhecimento da comunidade junto da população do bairro da luz; e reforçar a divulgação da missão e programas do centro junto das entidades parceiras.

Quadro 37. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Liderança

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à reflexão sobre a espiritualidade da colaboração.	A reflexão sobre a espiritualidade da colaboração não se realizou devido a uma grande sobrecarga de atividades, nomeadamente as calendarizadas para assinalar o centenário da morte de S. Bento Menni e o vigésimo aniversário da CSBM.	Dar continuidade aos trabalhos integrantes do SGQ, independentemente das atividades culturais e eventos que naturalmente acontecem.
	Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita ao aumento do número de consultas externas.	Ausência de informação sobre consultas.	Elaborar um folheto de divulgação das consultas e exposição em diferentes espaços de comunicação interna e externa.
	Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à auditoria interna a todo o SGQ.	A auditoria interna a todo o SGQ não se efetuou, pois, estiveram ausentes dois elementos da equipa da qualidade, grande parte do ano de 2014, sobrecarregando assim os restantes elementos.	Aguardar a chegada das baixas de maternidade para dar continuidade ao trabalho.
2	Lacunas ao nível do conhecimento dos serviços prestados pela CSBM, identificadas na avaliação do grau de conhecimento da comunidade, entidades parceiras e financiadoras, familiares e utentes.	Não existe divulgação suficiente, nomeadamente, ao nível da informação à comunidade sobre os serviços prestados pela instituição.	Desenvolver iniciativas de divulgação externa e recolher os questionários de conhecimento da comunidade junto de outros destinatários.
			Reforçar a divulgação dos serviços prestados através dos meios de comunicação sociais
			Distribuir um folheto junto da comunidade, na marcha pela saúde mental (dia da saúde).
			Efetuar uma ação de recolha de questionários de conhecimento da comunidade junto da população do bairro da luz.
			Reforçar a divulgação da missão e programas do centro junto das entidades parceiras.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

O **Quadro 38** traduz a não conformidade do PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento (Anexo 6), ao nível do Princípio 8 da Qualidade – «Abrangência», que tem a sua causa nas pessoas e deve-se ao incumprimento da dimensão do processo de prestação de serviços, especificamente:

1. Não se atingiu o objetivo "Garantir uma taxa de cumprimento dos objetivos dos Planos Individuais de Intervenção (PII) de 90%" – que tem como medidas de tratamento analisar os dados quadrimestrais dos planos individuais com as equipas de forma a permitir a implementação de ações corretivas e de melhoria; e implementar o plano de melhoria – PII “Melhor planeamento melhor intervenção”.

Quadro 38. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento: Abrangência

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Não se atingiu o objetivo "Garantir uma taxa de cumprimento dos objetivos dos Planos Individuais de Intervenção (PII) de 90%".	Esta população, ainda que apresente um bom nível de autonomia, manifesta grandes oscilações em termos psicopatológicos o que tem implicação na concretização/ implementação das ações definidas e consequentemente na concretização dos objetivos. Os técnicos de referência reconhecem a necessidade de reformulação antes dos 6 meses, de alguns PII por agudização do estado clínico das utentes.	Analisar os dados quadrimestrais dos planos individuais com as equipas de forma a permitir a implementação de ações corretivas e de melhoria.
			Implementar o plano de melhoria – PII “Melhor planeamento melhor intervenção”.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

O **Quadro 39** identifica a não conformidade do PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11), ao nível do Princípio 1 da Qualidade – «Liderança», que tem a sua causa nas matérias-primas/consumíveis e deve-se ao incumprimento da dimensão do planeamento anual, concretamente:

1. Não se atingiu o objetivo "diminuir em 5% os custos de fluidos e gásóleo" – que tem como medida de tratamento celebrar contratos com entidades parceiras que permitam uma redução de tarifa ou tarifas estáveis ao longo do ano.

Quadro 39. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Liderança

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Não se atingiu o objetivo "diminuir em 5% os custos de fluidos e gásóleo".	Não foi possível diminuir os custos de fluidos e gásóleo, devido a condicionantes externas, tais como, o aumento das tarifas e combustíveis.	Celebrar contratos com entidades parceiras que permitam uma redução de tarifa ou tarifas estáveis ao longo do ano.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

O **Quadro 40** reconhece a não conformidade do PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial (Anexo 9), ao nível do Princípio 1 da Qualidade – «Liderança», que tem a sua causa nas pessoas e deve-se ao incumprimento da dimensão do contributo para a sociedade, designadamente:

1. Dos questionários de satisfação para voluntários existem 7% de voluntários que consideram pouco satisfatória a participação nas atividades/ festas do centro – que tem como medidas de tratamento: sistematizar os mecanismos de participação dos voluntários; e divulgar os eventos com 15 dias de antecedência.

Quadro 40. PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial: Liderança

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Dos questionários de satisfação para voluntários existem 7% de voluntários que consideram pouco satisfatória a participação nas atividades/festas do centro.	A informação sobre as atividades/festas divulga-se com pouca antecedência junto do corpo de voluntários.	Sistematizar os mecanismos de participação dos voluntários.
			Divulgar os eventos com 15 dias de antecedência.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

O **Quadro 41** apresenta a não conformidade do PRO.11 – Processo de docência formação e desenvolvimento (Anexo 8), ao nível do Princípio 2 da Qualidade - «Recursos Humanos», que tem a sua causa nos procedimentos/métodos e deve-se ao incumprimento da dimensão da qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos, nomeadamente:

1. Não se atingiu o objetivo "manter o nível de satisfação dos profissionais com a formação em 95%" – que tem como medida de tratamento o planeamento e ministração de formação para chefias.

Quadro 41. PRO.11 – Processo de docência formação e desenvolvimento dos profissionais: Recursos Humanos

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Não se atingiu o objetivo "manter o nível de satisfação dos profissionais com a formação em 95%".	Os profissionais não se sentem motivados com a formação.	Planear e ministrar formação para chefias.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

Por último, o **Quadro 42** identifica a não conformidade do DNR 07 – Manual de políticas de gestão de RH (Anexo 18), ao nível do Princípio 1 da Qualidade – «Liderança», que tem a sua causa nas infraestruturas/equipamentos/ferramentas e deve-se ao incumprimento da dimensão do planeamento anual, especificamente:

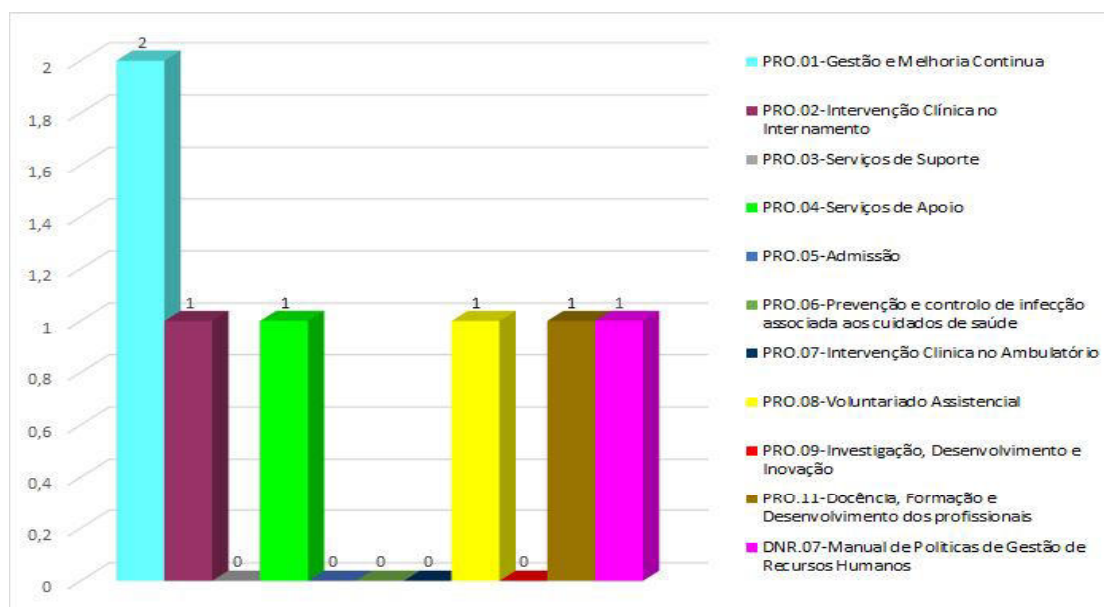
1. Através da avaliação das condições de segurança no trabalho, realizada pela empresa *Presmed*, constatou-se que relativamente aos recursos e equipamentos necessários para a realização do trabalho, 79% dos profissionais está satisfeito, pese embora o valor seja inferior ao do período homólogo do ano anterior – que tem como medida de tratamento efetuar um levantamento para diagnosticar em que serviços faltam recursos.

Quadro 42. DNR07 – Manual de políticas de gestão de RH: Liderança

Nº	Não Conformidades	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Através da avaliação das condições de Segurança no Trabalho, realizada pela empresa Presmed, constatou-se que relativamente aos recursos e equipamentos necessários para a realização do trabalho, 79% dos profissionais está satisfeito, contudo, o valor é inferior ao período homólogo do ano anterior.	Os profissionais manifestaram níveis elevados de insatisfação quanto à falta de recursos e equipamentos para realização do seu trabalho.	Efetuar um levantamento para diagnosticar em que serviços faltam recursos.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

Gráfico 1. Distribuição das não conformidades por processo da qualidade

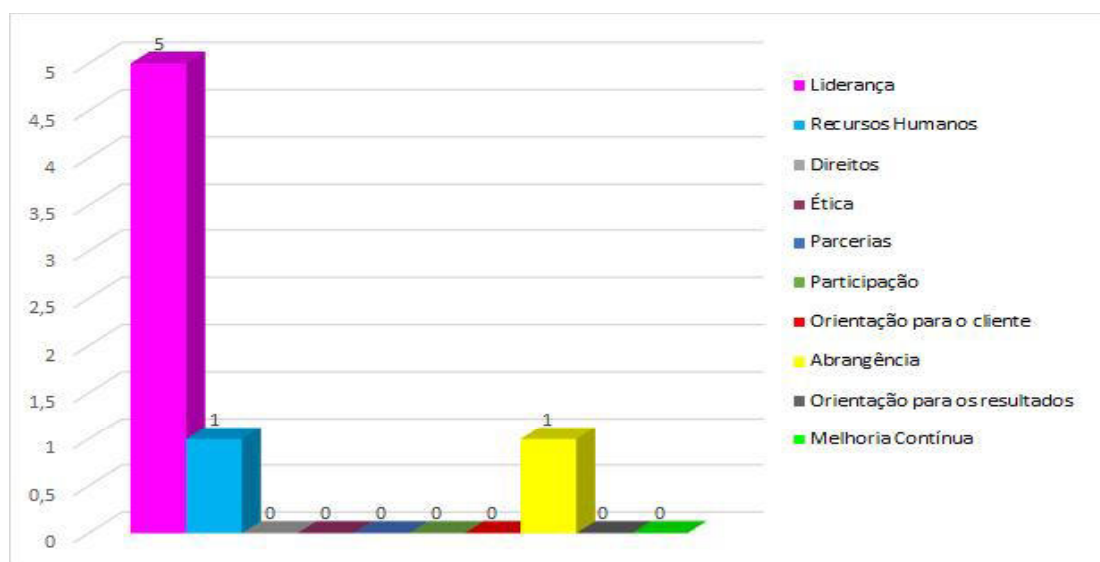


Fonte: Elaboração própria.

Em síntese, mediante o exposto nos quadros anteriores verificou-se a existência de sete não conformidades relevantes para o SGQ da CSBM, as quais, como se observa através do **Gráfico 1**, estão associadas aos processos: PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3); PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento (Anexo 6); PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11); PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial (Anexo 9); PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento (Anexo 8); e ao DNR.07 –

Manual de políticas de gestão de RH (Anexo 18). Da análise do Gráfico 1 conclui-se que, o processo que apresenta mais não conformidades é o PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua, com duas não conformidades, enquanto os restantes processos evidenciam uma não conformidade.

Gráfico 2. Distribuição das não conformidades por princípio da qualidade



Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, o **Gráfico 2** apresenta, a distribuição das não conformidades por cada um dos princípios da qualidade, verificando-se que as mesmas estão relacionadas com os dez princípios da qualidade do EQUASS, sendo o Princípio «Liderança» o que apresenta mais não conformidades (cinco), seguido do Princípio «Recursos Humanos» e do Princípio «Abrangência», com uma não conformidade cada um.

4.4 Processo de Auditoria: Análise de Oportunidades de Melhoria

Também, tendo por base, por um lado, o MOD.106 - Relatório de revisão do SGQ da CSBM (Anexo 14), o MOD.186 - Relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade (Anexo 15) e o MOD.70 - Relatório de avaliação da satisfação de todas as partes interessadas (Anexo 16), respeitantes ao ano de 2014, e, por outro lado, a análise das não conformidades verificadas no ponto anterior, apresenta-se de seguida (Quadros 43 a 57) a identificação das oportunidades de melhoria e respetivo tratamento. Importa referir que, por oportunidade de

melhoria entende-se a necessidade de melhoria diagnosticada de um processo, para corrigir ou prevenir algum problema que possa aperfeiçoar o processo e melhorar o SGQ da organização.

Deste modo, através do **Quadro 43** identificam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01- Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 1 da Qualidade – «Liderança». As oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento das dimensões do planeamento anual, concretamente:

1. Não se atingiu o objetivo "Garantir que 95% das ações corretivas e preventivas implementadas são eficazes" – que tem como medidas de tratamento desenvolver ações de melhoria que se traduzam: numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas; e reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados;
2. Não se atingiu o objetivo "Desenvolver 95% ações de melhoria eficazes em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e partes interessadas" – que tem como medidas de tratamento desenvolver ações de melhoria que se traduzam: numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas; e reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados;
3. Não se atingiu o objetivo "Aumentar a participação e envolvimento das partes interessadas através do número de sugestões apresentadas" – que tem como medidas de tratamento desenvolver ações de melhoria que se traduzam: numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas; e reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados;
4. Não se atingiu o objetivo "Manter o nível global de satisfação dos utentes do longo internamento em 98%" – que tem como medidas de tratamento desenvolver ações de melhoria que se traduzam: numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas; e reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados;
5. Taxa de ocupação com resultado ligeiramente inferior ao período homólogo do ano anterior – que tem como medida de tratamento desenvolver atividades com maior projeção e envolvimento da comunidade local.

Quadro 43. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Liderança

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Não se atingiu o objetivo "Garantir que 95% das ações corretivas e preventivas implementadas são eficazes".	Não definidas	Desenvolver ações de melhoria que se traduzam numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas.
			Reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados.
2	Não se atingiu o objetivo "Desenvolver 95% ações de melhoria eficazes em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e partes interessadas".	Não definidas	Desenvolver ações de melhoria que se traduzam numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas.
			Reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados.
3	Não se atingiu o objetivo "Aumentar a participação e envolvimento das partes interessadas através do número de sugestões apresentadas".	Não definidas	Desenvolver ações de melhoria que se traduzam numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas.
			Reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados.
4	Não se atingiu o objetivo "Manter o nível global de satisfação dos utentes do longo internamento em 98%".	Não definidas	Desenvolver ações de melhoria que se traduzam numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas.
			Reforçar e apelar ao envolvimento de todas as partes interessadas para apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados.
5	Taxa de ocupação com resultado ligeiramente inferior ao período homólogo do ano anterior.	Alteração da responsabilidade da autorização de internamento da ARS Centro para a ULS da Guarda. No período transitório aconteceram alguns tempos de espera superiores ao habitual.	Desenvolver atividades com maior projeção e envolvimento da comunidade local.
			Desenvolver ações de prevenção no âmbito da saúde mental (semana aberta).

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 44** identificam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01- Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 2 da Qualidade - «Recursos Humanos». As oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento da dimensão do envolvimento dos colaboradores, designadamente:

1. Através do questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores com a participação na Instituição, constatou-se que podem ser adotadas ações de melhoria para promover o envolvimento dos colaboradores na prática diária do Centro – que tem como medidas de tratamento: implementar medidas que promovam o aumento da taxa de resposta dos colaboradores aos questionários de satisfação; monitorizar o número de colaboradores

que participam nos eventos institucionais; e desenvolver um plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança;

2. Através dos questionários de avaliação da satisfação dos colaboradores, para perceção da motivação profissional verificou-se que, relativamente à questão sobre a disponibilidade para aceitar novos desafios, os profissionais manifestaram menor disponibilidade comparativamente ao período homólogo do ano anterior – que tem como medidas de tratamento: desenvolver um plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança; encontra-se a decorrer uma experiência piloto nas unidades 03-04, que poderá vir a ser extensível às restantes unidades de internamento, respeitante à rotatividade de turnos (manhã e tarde); garantir o desenvolvimento da avaliação da eficácia de todas as ações de formação, através de instrumentos simplificados para o efeito; promover práticas quotidianas nas equipas que potenciem a motivação e a adesão a novos desafios; e realizar formação sobre motivação e reconhecimento para chefias.

Quadro 44. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Recursos Humanos

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Através do questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores com a participação na Instituição, constatou-se que podem ser adotadas ações de melhoria para promover o envolvimento dos colaboradores na prática diária do Centro.	Não definidas	Implementar medidas que promovam o aumento da taxa de resposta dos colaboradores aos questionários de satisfação.
			Monitorizar o número de colaboradores que participam nos eventos institucionais.
			Desenvolver um plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança.
2	Através dos questionários de avaliação da satisfação dos colaboradores, para perceção da motivação profissional verificou-se que, relativamente à questão sobre a disponibilidade para aceitar novos desafios, os profissionais manifestaram menor disponibilidade comparativamente ao período homólogo do ano anterior.	Na opinião dos colaboradores, a aceitação de novos desafios, tais como, tarefas e atividades pode acarretar uma sobrecarga de trabalho para os mesmos.	Desenvolver um plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança.
			Encontra-se a decorrer uma experiência piloto nas unidades 03-04, que poderá vir a ser extensível às restantes unidades de internamento, respeitante à rotatividade de turnos (manhã e tarde).
			Garantir o desenvolvimento da avaliação da eficácia de todas as ações de formação, através de instrumentos simplificados para o efeito.
			Promover práticas quotidianas nas equipas que potenciem a motivação e a adesão a novos desafios
			Realizar formação sobre motivação e reconhecimento para chefias.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 45** apresentam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 3 da Qualidade – «Direitos». As

oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento da dimensão dos direitos e deveres, nomeadamente:

1. Verificou-se uma diminuição de 9% relativamente ao “Respeito e salvaguarda dos direitos por parte dos profissionais de saúde” através da análise de tendência trianual – que tem como medidas de tratamento: trabalhar esta situação, no primeiro quadrimestre de 2015, com colaboradores em reuniões de serviço/unidade; elaborar e divulgar, juntamente com o grupo de autorrepresentação, uma carta de direitos e deveres com imagens para maior entendimento das utentes; e realizar concurso entre *atelier's* para apresentação sobre diferentes formas de um direito/dever e posterior exposição;
2. Registou-se um aumento do número de reclamações e de agradecimentos ao longo do triénio, constatando-se que este procedimento começa a evidenciar a sua implementação na rotina de todas as partes interessadas e a importância que o mesmo tem para a participação e envolvimento de todos na melhoria do desempenho da organização – que tem como medida de tratamento aumentar a taxa de eficácia das ações despoletadas no âmbito das reclamações/sugestões.

Quadro 45. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Direitos

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Verificou-se uma diminuição de 9% relativamente ao “Respeito e salvaguarda dos direitos por parte dos profissionais de saúde” através da análise de tendência trianual.	Esta situação deve-se ao período de obras que decorre para melhoria dos espaços de internamento, o que condiciona algumas rotinas das utentes.	Trabalhar esta situação, no primeiro quadrimestre de 2015, com colaboradores em reuniões de serviço/unidade.
			Elaborar e divulgar, juntamente com o grupo de autorrepresentação, uma carta de direitos e deveres com imagens para maior entendimento das utentes
			Realizar concurso entre <i>atelier's</i> para apresentação sobre diferentes formas de um direito/dever e posterior exposição.
2	Registou-se um aumento do número de reclamações e de agradecimentos ao longo do triénio, constatando-se que este procedimento começa a evidenciar a sua implementação na rotina de todas as partes interessadas e a importância que o mesmo tem para a participação e envolvimento de todos na melhoria do desempenho da organização	Não definidas	Aumentar a taxa de eficácia das ações despoletadas no âmbito das reclamações/sugestões.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 46** identifica-se a oportunidade de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 4 da Qualidade – «Ética», que se deve ao incumprimento da dimensão da política de ética, especificamente:

1. Apesar de num universo de 78 familiares/pessoa significativa quase todos se encontrarem muito satisfeitos relativamente ao respeito e salvaguarda pela confidencialidade, 5% (que correspondem a 4 familiares), não se encontram satisfeitos – que tem como medida de tratamento realizar formação para todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015.

Quadro 46. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Ética

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Apesar de num universo de 78 familiares/pessoa significativa quase todos se encontrarem muito satisfeitos relativamente ao respeito e salvaguarda pela confidencialidade, 5% (que correspondem a 4 familiares), não se encontram satisfeitos.	Não definidas	Realizar formação para todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 47** reconhece-se a oportunidade de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 5 da Qualidade – «Parcerias», que se deve ao incumprimento da dimensão das parcerias na prestação de serviços, concretamente:

1. Verifica-se a necessidade de continuar a apostar em melhorar as relações com as parcerias, apesar de as mesmas estarem, genericamente, muito satisfeitas com a CSBM, e tendo em conta que a taxa de resposta aos questionários de satisfação dos parceiros/financiadores foi de 50% por parte dos parceiros sociais, 33% por parte das entidades financiadoras e 100% das organizações de clientes – que tem como medidas de tratamento: investir em parcerias em que enfoque seja a promoção de atividades para as utentes; identificar diferentes áreas de potenciais parceiros (elencá-los); e ter em atenção a seleção das potenciais parcerias.

Quadro 47. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Parcerias

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Verifica-se a necessidade de continuar a apostar em melhorar as relações com as parcerias, apesar de as mesmas, estarem de um modo geral muito satisfeitas com a CSBM, e tendo em conta que a taxa de resposta aos questionários de satisfação dos parceiros/financiadores, foi de 50% por parte dos parceiros sociais, 33% por parte das entidades financiadoras e 100% das organizações de clientes	Não definidas	Investir em parcerias em que o enfoque seja a promoção de atividades para as utentes.
			Identificar diferentes áreas de potenciais parceiros (elencá-los).
			Ter em atenção ao impacto, para a qualidade de vida das utentes, na seleção das potenciais parcerias.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 48** identificam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 6 da Qualidade – «Participação». As oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento das dimensões do envolvimento dos clientes e do *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), nomeadamente:

1. No compromisso com a identidade e missão partilhada e a consecução dos objetivos, considera-se fundamental a participação e o envolvimento, aos vários níveis da organização, de todos os utentes, profissionais, voluntários, estagiários e outras partes interessadas, como um meio privilegiado para potenciar a melhoria contínua dos serviços e dar uma resposta eficaz às suas necessidades (COM.05 “Política de participação e envolvimento”) – que tem como medidas de tratamento: implementar o Plano de melhoria “Melhor planeamento melhor intervenção”; realizar a curta-metragem “O que sou para além da doença”; e aumentar a taxa de resposta aos questionários de satisfação através de uma aplicação por unidade de internamento.

Quadro 48. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Participação

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	No compromisso com a identidade e missão partilhada e a consecução dos objetivos, considera-se fundamental a participação e o envolvimento, aos vários níveis da organização, de todos os utentes, profissionais, voluntários, estagiários e outras partes interessadas, como um meio privilegiado para potenciar a melhoria contínua dos serviços e dar uma resposta eficaz às suas necessidades (COM.05 “Política de participação e envolvimento”).	Não definidas	Implementar o Plano de melhoria “Melhor planeamento melhor intervenção”.
			Realizar a curta-metragem “O que sou para além da doença”.
2	Considera-se que as medidas implementadas apresentam necessidade de serem reforçadas, para que os próximos resultados obtidos tragam melhorias mais significativas.	Não definidas	Aumentar a taxa de resposta aos questionários de satisfação através de uma aplicação por unidade de internamento.
	Atendendo a que a população assistida é maioritariamente de longo internamento e de grande dependência, alguns dos objetivos estabelecidos talvez estejam a ser pouco exequíveis, o que foi alvo de reflexão.		Rever os planos individuais reforçando junto dos técnicos de referência a necessidade de ajuste de objetivos/intervenções da responsabilidade do utente – Plano de melhoria.
	No ano de 2014 o <i>empowerment</i> dos utentes foi trabalhado com os colaboradores ao nível das reuniões de unidade/serviço através de dinâmicas de resposta a algumas questões levantadas nas fichas de bioética.		Realizar uma reunião quadrimestral do grupo de autorrepresentação com a Direção.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 49** sistematiza-se a oportunidade de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 7 da Qualidade - «Orientação para o cliente», que se deve ao incumprimento da dimensão do planeamento individual, designadamente:

1. Ao nível dos PII, pela análise dos resultados constata-se que a maioria dos utentes, familiares/pessoa significativa e compradores de serviços estão “muito satisfeitos” com o contributo da instituição, contudo, verifica-se perante os valores mais baixos que existe a necessidade de reformulação antes dos 6 meses de alguns planos individuais por agudização do estado clínico das utentes – que tem como medidas de tratamento: analisar os dados quadrimestrais dos planos individuais com as equipas de forma a permitir a implementação de ações corretivas e de melhoria; e implementar o plano de melhoria – PII “Melhor planeamento melhor intervenção”.

Quadro 49. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Orientação para o cliente

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Ao nível dos PII, pela análise dos resultados constata-se que a maioria dos utentes, familiares/pessoa significativa e compradores de serviços estão “muito satisfeitos” com o contributo da instituição, contudo, verifica-se perante os valores mais baixos que existe a necessidade de reformulação antes dos 6 meses de alguns planos individuais por agudização do estado clínico das utentes.	Esta situação deve-se ao facto da população apesar de apresentar um bom nível de autonomia, manifesta grandes oscilações em termos psicopatológicos o que tem implicação na concretização/implementação das ações definidas e consequentemente na concretização dos objetivos.	Analisar os dados quadrimestrais dos planos individuais com as equipas de forma a permitir a implementação de ações corretivas e de melhoria.
			Implementar o plano de melhoria – PII “Melhor planeamento melhor intervenção”.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 50** apresentam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 8 da Qualidade – «Abrangência». As oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento das dimensões do processo de prestação de serviços, continuidade da prestação de serviços e da abordagem holística, especificamente:

1. O plano anual de auditorias do ano de 2014 teve uma taxa de execução de 75%, uma vez que apenas esteve ao serviço uma técnica com formação em auditoria interna – que tem como medidas de tratamento: promover a formação de auditores internos; e realizar auditorias/acompanhamento com mais regularidade;
2. Estão identificadas no plano de gestão e propostas ações para a garantia da continuidade dos serviços, relativamente: à continuidade dos programas ou acesso aos programas no

que se refere aos financiamentos, às novas políticas de saúde mental e parcerias/ multidisciplinaridade na resolução das mesmas; à dificuldade em encontrar parceiros para a criação da unidade sócio ocupacional, apesar das diligências efetuadas em 2014 junto da unidade local de saúde (ULS) e da diocese; e à falta de respostas locais para doentes psiquiátricos de evolução prolongada do sexo masculino – que têm como medidas de tratamento: implementar novos projetos em áreas ainda não desenvolvidas no Centro e manifestadas pela comunidade como uma necessidade; e decorrem obras de remodelação para dar resposta a doentes psiquiátricos de evolução prolongada do sexo masculino;

3. Da análise de tendência do triénio verificou-se um diferencial negativo de 3% de utentes insatisfeitas com o contributo da Instituição para a melhoria da qualidade de vida – que tem como medidas de tratamento: implementar o plano de melhoria “Melhor planeamento melhor intervenção”; e selecionar diferentes escalas de qualidade de vida adaptadas a populações com maiores dependências.

Quadro 50. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Abrangência

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	O plano anual de auditorias do ano de 2014 teve uma taxa de execução de 75%, uma vez que apenas esteve ao serviço uma técnica com formação em auditoria interna.	Não definidas	Promover a formação de auditores internos.
			Realizar auditorias/acompanhamento com mais regularidade.
2	<p>Estão identificadas no plano de gestão e propostas ações para a garantia da continuidade dos serviços, relativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • À continuidade dos programas ou acesso aos programas no que se refere aos financiamentos, às novas políticas de saúde mental e parcerias/ multidisciplinaridade na resolução das mesmas. • A dificuldade em encontrar parceiros para a criação da unidade sócio ocupacional, apesar das diligências efetuadas em 2014 junto da ULS (unidade local de saúde) e da diocese. • A falta de respostas locais para doentes psiquiátricos de evolução prolongada do sexo masculino. 	Não definidas	Implementar novos projetos em áreas ainda não desenvolvidas no Centro e manifestadas pela comunidade como uma necessidade.
			Decorrem obras de remodelação para dar resposta a doentes psiquiátricos de evolução prolongada do sexo masculino.
3	Verificou-se que utentes e familiares estão muito satisfeitos com o contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida, contudo, da análise de tendência do triénio verificou-se um pequeno diferencial negativo de 3% nas utentes.	Não definidas	Implementar o Plano de melhoria “Melhor planeamento melhor intervenção”.
			Selecionar diferentes escalas de qualidade de vida adaptadas a populações com maiores dependências.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 51** identificam-se as oportunidades de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 9 da Qualidade - «Orientação para os resultados». As oportunidades de melhoria identificadas devem-se ao incumprimento das dimensões de medição dos resultados e avaliação dos resultados, concretamente:

1. Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 23% estão insatisfeitos com a possibilidade de expressar livremente as suas opiniões e fazer sugestões – que tem como medida de tratamento reunir com todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015 para levantamento de opiniões e sugestões (questionário);
2. Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 21% estão insatisfeitos com os recursos e equipamentos de que dispõem para a realização do seu trabalho – que tem como medida de tratamento efetuar levantamento para diagnosticar em que serviços faltam recursos;
3. Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% estão insatisfeitos com o reconhecimento pela chefia direta quando executam bem o seu trabalho – que tem como medida de tratamento desenvolver ação de formação sobre motivação e reconhecimento para chefias;
4. Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% estão insatisfeitos com o apoio dado pela chefia em situações de mudança no trabalho – que tem como medida de tratamento planejar e ministrar formação para chefias;
5. Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% consideram que o ambiente de trabalho não é favorável ao exercício das suas funções – que tem como medidas de tratamento: reunir com todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015 para levantamento de opiniões e sugestões (questionário); e planejar e ministrar formação para chefias;
6. A satisfação de utentes e familiares é notória, mas constatou-se que é necessário implementar medidas que promovam uma participação ainda mais ativa dos utentes no dia-a-dia da organização e planejar ações que respondam às oportunidades de melhoria referenciadas pelos familiares – que tem como medidas de tratamento: analisar com o grupo de autorrepresentação as insatisfações e implementar melhorias que traduzam ganhos de satisfação; analisar os questionários de satisfação por área assistencial; e desenvolver um curso de psicoeducação para famílias da psicogeriatría.

Quadro 51. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Orientação para os resultados

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 23% estão insatisfeitos com a possibilidade de expressar livremente as suas opiniões e fazer sugestões.	Não definidas	Reunir com todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015 para levantamento de opiniões e sugestões (questionário).
2	Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 21% estão insatisfeitos com os recursos e equipamentos de que dispõem para a realização do seu trabalho.	Não definidas	Efetuar levantamento para diagnosticar em que serviços faltam recursos.
3	Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% estão insatisfeitos com o reconhecimento pela chefia direta quando executam bem o seu trabalho.	Não definidas	Desenvolver ação de formação sobre motivação e reconhecimento para chefias.
4	Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% estão insatisfeitos com o apoio dado pela chefia em situações de mudança no trabalho.	Não definidas	Planear e ministrar formação para chefias.
5	Da avaliação do grau de satisfação dos profissionais, verificou-se que 20% consideram que o ambiente de trabalho não é favorável ao exercício das suas funções.	Não definidas	Reunir com todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015 para levantamento de opiniões e sugestões (questionário). Planear e ministrar formação para chefias.
6	A satisfação de utentes e familiares é notória, mas constatou-se que é necessário implementar medidas que promovam uma participação ainda mais ativa dos utentes no dia-a-dia da organização e planear ações que respondam às oportunidades de melhoria referenciadas pelos familiares.	Não definidas	Analisar com o grupo de autorrepresentação as insatisfações e implementar melhorias que traduzam ganhos de satisfação. Analisar os questionários de satisfação por área assistencial. Desenvolver um curso de Psicoeducação para famílias da psicogeriatría.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 52** apresenta-se a oportunidade de melhoria do PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3), ao nível do Princípio 10 da Qualidade - «Melhoria contínua», que se deve ao incumprimento da dimensão do ciclo de melhoria contínua, designadamente:

1. Os projetos ou ações de melhoria foram desencadeados a partir de sugestões; resultados da avaliação das partes interessadas; resultados da avaliação do grau de conhecimento da comunidade; auditorias internas; reuniões de serviço, comunitárias de planeamento, entre outros – que tem como medidas de tratamento: reforçar a necessidade desta oportunidade de melhoria junto dos responsáveis de processo e colaboradores responsáveis diretos; e implementar três projetos de melhoria: “Melhor planeamento melhor intervenção”; “+ Saúde + Bem-estar”; e “Psicoeducação para as famílias na área da psicogeriatría”.

Quadro 52. PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua: Melhoria Contínua

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Os projetos ou ações de melhoria foram desencadeados a partir de sugestões; resultados da avaliação das partes interessadas; resultados da avaliação do grau de conhecimento da comunidade; auditorias internas; reuniões de serviço, comunitárias de planeamento, etc.	Não definidas	Reforçar a necessidade desta oportunidade de melhoria junto dos responsáveis de processo e colaboradores responsáveis diretos. Implementar três projetos de melhoria: “Melhor planeamento melhor intervenção”, “+ Saúde + Bem-estar”, e “Psicoeducação para as famílias na área da psicogeriatricia”.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 53** identifica-se a oportunidade de melhoria do PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento (Anexo 6), ao nível do Princípio 1 da Qualidade – «Liderança», que se deve ao incumprimento da dimensão do Planeamento anual, nomeadamente:

1. Não se atingiu o objetivo "Garantir uma taxa de cumprimento dos objetivos dos PII de 90%" – que tem como medida de tratamento planejar melhor para intervir melhor, apostando no projeto de melhoria do PII "Melhor planeamento melhor intervenção".

Quadro 53. PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento: Liderança

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Não se atingiu o objetivo "Garantir uma taxa de cumprimento dos objetivos dos PII de 90%".	Não definidas	Planejar melhor para intervir melhor, apostando no Projeto de melhoria do PII "Melhor planeamento melhor intervenção".

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 54** evidencia-se a oportunidade de melhoria do PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11), ao nível do Princípio 3 da Qualidade – «Direitos», que se deve ao incumprimento da dimensão dos direitos e deveres, especificamente:

1. Diminuição de 10% de satisfação relativamente à informação prestada sobre como ter acesso a representantes e pessoas de apoio – que tem como medidas de tratamento: elaborar com o grupo de autorrepresentação um folheto de divulgação destes mecanismos; e implementar mecanismos de resposta nas reuniões comunitárias envolvendo os repontáveis de serviço visados nas reclamações/opiniões agilizando decisões.

Quadro 54. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Direitos

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Diminuição de 10% de satisfação relativamente à informação prestada sobre como ter acesso a representantes e pessoas de apoio.	Não definidas	Elaborar com o grupo de autorrepresentação um folheto de divulgação destes mecanismos.
			Implementar mecanismos de resposta nas reuniões comunitárias envolvendo os reportáveis de serviço visados nas reclamações/opiniões agilizando decisões.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 55** identifica-se a oportunidade de melhoria do PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11), ao nível do 4 da Qualidade – «Ética», que se deve ao incumprimento da dimensão da política de ética, concretamente:

1. O Plano de Saúde e Segurança deve ser monitorizado quadrimestralmente e revisto com uma periodicidade anual, avaliando-se a eficácia das medidas definidas e reajustando-as, se necessário, na procura pela melhoria contínua – que tem como medidas de tratamento: realizar ação de formação às equipas sobre segurança e emergência no primeiro quadrimestre de 2015; e estão contempladas no Plano de Segurança e Saúde 2015-2016, doze ações corretivas para responder às necessidades encontradas pela auditoria realizada pela *Presmed*.

Quadro 55. PRO.04 – Processo de serviços de apoio: Ética

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	O Plano de Saúde e Segurança deve ser monitorizado quadrimestralmente e revisto com uma periodicidade anual, avaliando-se a eficácia das medidas definidas e reajustando-as, se necessário, na procura pela melhoria contínua.	Não definidas	Realizar ação de formação às equipas sobre segurança e emergência no primeiro quadrimestre de 2015.
			Estão contempladas no Plano de Segurança e Saúde 2015-2016, doze ações corretivas para responder às necessidades encontradas pela auditoria da <i>Presmed</i> .

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 56** apresenta-se a oportunidade de melhoria do PRO.05 – Processo de admissão (Anexo 5), ao nível do Princípio 4 da Qualidade – «Ética», que se deve ao incumprimento da dimensão dos papéis e responsabilidades, designadamente:

1. Quando um colaborador integra um posto de trabalho são-lhe comunicadas as funções e responsabilidades, existindo um período de tutoria no qual o colaborador é acompanhado e é feita a integração no local de trabalho. Contudo, deve-se continuar a fomentar a integração de novos colaboradores – que tem como medida de tratamento

continuar os processos de tutoria em curso e melhorar a avaliação conjunta (grelha de avaliação) entre tutor/colaborador e responsável de serviço.

Quadro 56. PRO.05 – Processo de admissão: Ética

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Quando um colaborador integra um posto de trabalho são-lhe comunicadas as funções e responsabilidades, existindo um período de tutoria no qual o colaborador é acompanhado e é feita a integração no local de trabalho. Contudo, deve-se continuar a fomentar a integração de novos colaboradores.	Não definidas	Continuar os processos de tutoria em curso e melhorar a avaliação conjunta (grelha de avaliação) entre tutor/colaborador e responsável de serviço.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

No **Quadro 57** identifica-se a oportunidade de melhoria do PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Anexo 10), ao nível do Princípio 4 da Qualidade – «Ética», que se deve ao incumprimento da dimensão da Política de Ética, nomeadamente:

1. Na revisão anterior, definiu-se que cada área técnica aquando da avaliação inicial dos utentes deverá fazer uma avaliação do risco de abuso físico, psicológico, financeiro ou outro e registá-lo devidamente em processo clínico. Deste modo, deve-se continuar a desenvolver este procedimento – que tem como medidas de tratamento reforçar junto da equipa técnica e dos técnicos de referência para a necessidade de identificação e registo de possíveis situações de risco; e desenvolver a reciclagem da formação sobre a Política de Segurança das Pessoas e Bens (COM.03- Política de Segurança das Pessoas e Bens e PROC.06 – Segurança e Proteção de Pessoas Vulneráveis), junto de todos os profissionais.

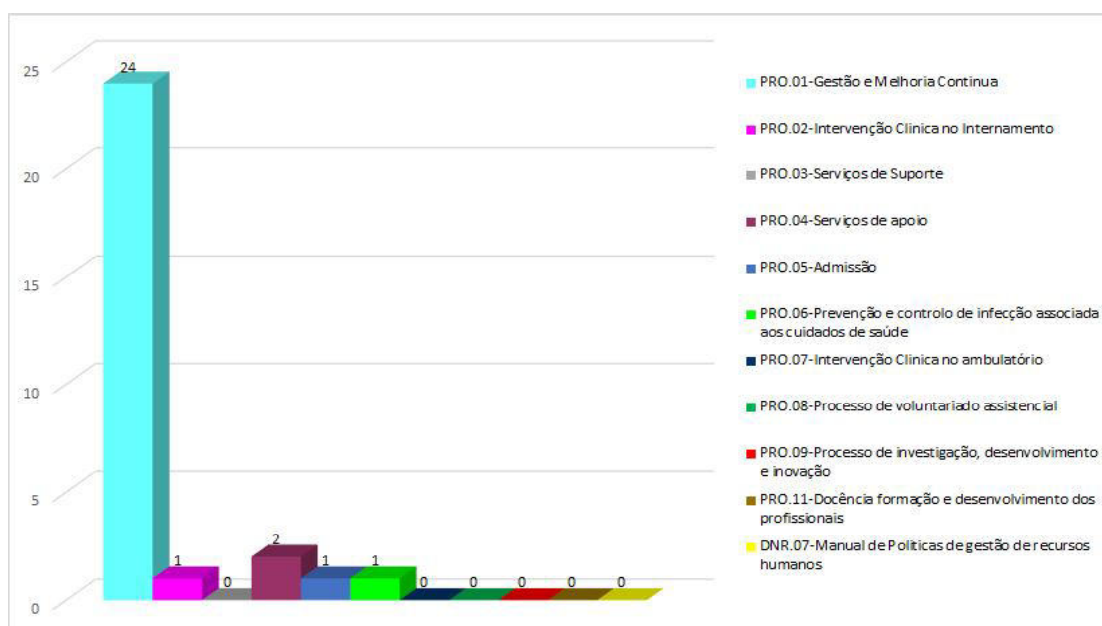
Quadro 57. PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde: Ética

Nº	Oportunidades de Melhoria	Descrição das causas	Tratamento (Descrição)
1	Na revisão anterior, definiu-se que cada área técnica aquando da avaliação inicial dos utentes deverá fazer uma avaliação do risco de abuso físico, psicológico, financeiro ou outro e registá-lo devidamente em processo clínico. Deste modo, deve-se continuar a desenvolver este procedimento.	Não definidas	Reforçar junto da equipa técnica e dos técnicos de referência para a necessidade de identificação e registo de possíveis situações de risco. Desenvolver a reciclagem da formação sobre a Política de Segurança das Pessoas e Bens (COM.03- Política de Segurança das Pessoas e Bens e PROC.06 – Segurança e Proteção de Pessoas Vulneráveis), junto de todos os profissionais.

Fonte: Adaptado de CSBM (2014a).

Face ao exposto nos quadros anteriores, verificou-se a existência de 29 oportunidades de melhoria significativas para o SGQ da CSBM, as quais, como se observa através do **Gráfico 3**, estão associadas aos processos: PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua (Anexo 3); PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento (Anexo 6); PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11); PRO.05 – Processo de admissão (Anexo 5); e PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (Anexo 10).

Gráfico 3. Distribuição das oportunidades de melhoria por processo da qualidade



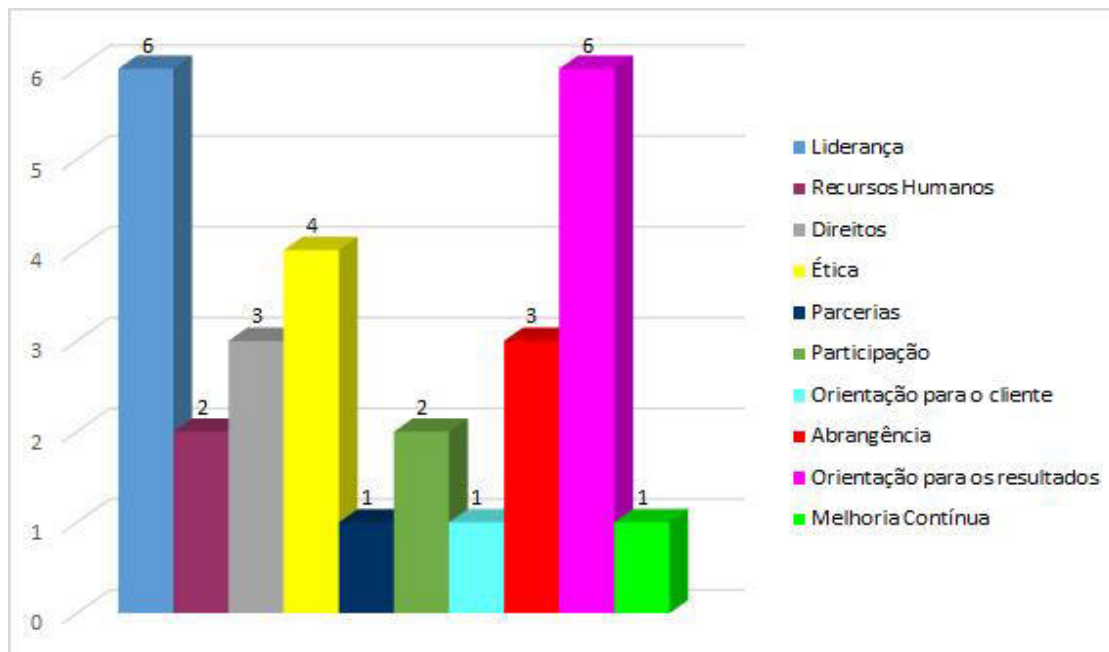
Fonte: Elaboração própria.

Assim, a análise do Gráfico 3 permite concluir que o processo que apresenta mais oportunidades de melhoria é o PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua, com 24 oportunidades de melhoria; seguido do PRO.04 – Processo de serviços de apoio, com duas oportunidades de melhoria; e por último, os processos PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento, PRO.05 – processo de admissão e PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, com uma oportunidade de melhoria cada um.

Por sua vez, o **Gráfico 4** também evidencia que as oportunidades de melhoria estão relacionadas com os dez princípios da qualidade EQUASS, sendo os Princípios «Liderança» e «Orientação para os resultados», os que apresentam mais oportunidades de melhoria (seis), seguidos do Princípio «Ética» (com quatro cada um) e dos Princípios «Direitos» e «Abrangência» (com três cada um) e Princípios «Recursos Humanos» e «Participação» (com

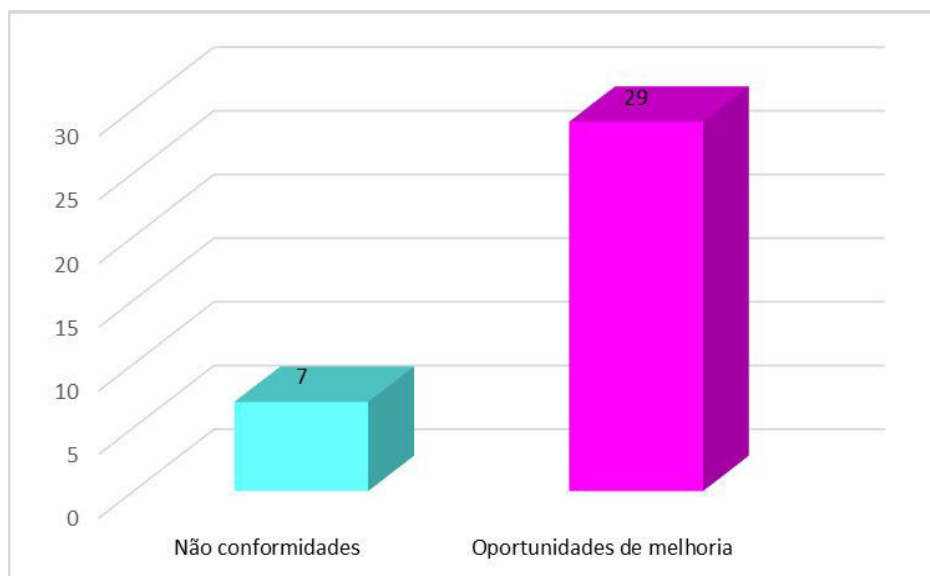
duas cada um). Por último, os Princípios «Parcerias», «Orientação para o cliente» e «Melhoria contínua», com apenas uma oportunidade de melhoria, respetivamente.

Gráfico 4. Distribuição das oportunidades de melhoria por princípio da qualidade



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5. Não conformidades vs Oportunidades de melhoria



Fonte: Elaboração própria.

Em resumo, no **Gráfico 5** confirma-se que as não conformidades identificadas no SGQ da CSBM foram sete, enquanto as oportunidades de melhoria foram vinte e nove. Perante os

elementos de análise mencionados considera-se que o SGQ implementado na CSBM é eficaz no cumprimento dos seus objetivos, na satisfação das necessidades e expectativas da sociedade e na sua orientação para o utente. Contudo, é iminente a necessidade de proceder ao tratamento das não conformidades e oportunidades de melhoria com vista à melhoria contínua da Instituição.

4.5 Processo de Melhoria Contínua

Como anteriormente se referiu (ponto 4.2), o período de estágio profissionalizante teve por objetivo cumprir diversas tarefas, das quais se salientam: análise da documentação existente relacionada com a área do estágio, nomeadamente o EQUASS, da qual resultou a identificação de todas as irregularidades encontradas na documentação, dando origem à substituição da documentação obsoleta, bem como a elaboração de um cronograma; realização de auditorias internas ao SGQ e consequente elaboração do respetivo relatório; e elaboração de relatórios de avaliação da satisfação das partes interessadas e de avaliação do grau de conhecimento da comunidade. Todas estas tarefas, para além de se enquadrarem no âmbito do processo de melhoria contínua da CSBM, culminaram com a construção de uma ferramenta em Excel que sintetiza, de um modo simplificado, todo o conteúdo constante do SGQ da CSBM.

O processo de melhoria contínua visa a procura da excelência, através da criação organizada de mudanças benéficas, obtendo níveis inéditos de desempenho na organização (Juran, 1993), pelo que a utilização da ferramenta referenciada anteriormente permite, quer em termos anuais, quer em termos comparativos de um ano civil em relação ao ano anterior, fazer a análise das não conformidades, oportunidades de melhoria, causas associadas às mesmas, seja em formato de quadro, seja em gráfico.

Relativamente à **análise da documentação existente** relacionada com o EQUASS, da qual resultou a identificação de todas as irregularidades constantes nessa documentação verificou-se, tal como evidencia o **Quadro 58**, que as irregularidades são basicamente ao nível de versões desatualizadas, lapsos de uniformização da codificação, números de páginas por colocar, *dossiers* dos processos com documentação em falta e modelos/impressos/procedimentos e instruções por referenciar nos processos.

Quadro 58. Irregularidades da documentação do SGQ da CSBM: 2014

DOCUMENTAÇÃO	IRREGULARIDADES
PRO.01- Gestão e Melhoria Contínua	
DOC.14	Versão desatualizada
MOD.104	Versão desatualizada
MOD.103	Documento incompleto (Falta folha de rosto)
MOD.212 e MOD. 107	Imprimir documentos
DOC.01	Versão desatualizada
DNR.01 e DNR.08	Imprimir
PRO.02- Intervenção Clínica no Internamento	
DOC.03	Versão desatualizada
MOD. 137, MOD.167 e PROC.25	Referenciar documentos nos anexos do PRO.02
MOD.163, MOD.164, MOD.222 e MOD.223	Numerar páginas
PRO.03- Serviços de Suporte	
Manual "Módulo de Stocks"	Imprimir
PROC.19	Colocar no título do Anexo 1 a palavra: FLUXOGRAMA
PRO.04- Serviços de Apoio	
PRO.04	Referenciar documento nos anexos do PRO.04
INS.19	Colocar em todas as páginas a codificação MOD.82 em <i>Bold</i>
INS.26	Referenciar MOD.88 nos anexos da INS.26
MOD.85	Colocar a codificação MOD.85 em <i>Bold</i>
PROC.22	Uniformizar tamanho de letra da codificação (ex. MOD.126)
PRO.06- Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados De Saúde	
INS.20	Imprimir anexo 1 a cores
PROC.20	Uniformizar MOD.114 com codificação e rodapé
MOD.119	Colocar nos anexos: "Registo de limpeza: Gabinetes de atendimento"
PRO.07- Intervenção Clínica no Ambulatório	
PRO.07	Retificar codificação (PRO.0.702)
DOC.10 e DOC.11	Imprimir documento a cores
PROC.31	Imprimir documentos em falta: "Anexo 1-Fluxograma de apoio domiciliário" e "DNR 03-direitos e deveres da criança"
PRO.09	Uniformizar codificação com o número de revisão correto
PRO.11- Docência, Formação e Desenvolvimento de Profissionais	
Anexo 1	Imprimir o Fluxograma intitulado: "Fluxograma do processo de docência, formação e desenvolvimento de profissionais"
PROC.08.02	Uniformizar no PROC.08, nos anexos, o nome dos fluxogramas e posteriormente rever o título nos fluxogramas.
Modelos Vários	Uniformizar codificação (ex. MOD.34, MOD.37)
MOD. 81, MOD. 99 e MOD. 182	Referenciar modelos nos anexos do PROC.08
MOD.41, Anexo e MOD.46	Imprimir documento a cores
MOD.58	Imprimir o Anexo
MOD.36, MOD.38, MOD.101 e PROC.12	Uniformizar colocando o número nas páginas

Fonte: Elaboração própria.

Da análise à documentação existente relacionada com o EQUASS, também resultou a elaboração de um cronograma que sintetiza para cada processo as tarefas a desenvolver, os prazos a cumprir e a identificação do responsável por cada um (Anexo 19).

Ao nível da **realização de auditorias internas ao SGQ**, como método de acompanhamento interno, resultou a elaboração do respetivo relatório, o qual evidencia os resultados da Instituição relativamente à implementação dos procedimentos internos relevantes para o referencial EQUASS *Assurance*. O relatório de auditoria, para além da identificação da organização auditada e da data da sua realização, deve conter: os objetivos e metodologia da auditoria; o âmbito da auditoria; as conclusões da auditoria; os resultados de auditorias anteriores; as constatações da auditoria; e, por último, as recomendações/oportunidades de melhoria. Este relatório deve ainda ser assinado, quer pelo auditor, quer pelo representante da Instituição.

No caso concreto do relatório da auditoria realizado durante o período de estágio (Anexo 20), o mesmo foi elaborado após a auditoria efetuada em 02 de abril de 2015 com o objetivo de averiguar o cumprimento dos Processos-chave PRO.03 – Processo de serviços de suporte (Anexo 12), PRO.04 – Processo de serviços de apoio (Anexo 11), PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial (Anexo 9) e PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação (Anexo 4). Para tal, efetuou-se o levantamento da análise documental, confirmaram-se as atividades no âmbito dos processos-chave e realizaram-se entrevistas aos profissionais da CSBM.

Os resultados da auditoria foram registados no respetivo relatório, evidenciando as constatações da auditoria/não conformidades e as recomendações/oportunidades de melhoria. Assim, através dos Quadros 59 a 61 atestam-se as não conformidades dos processos auditados, enquanto nos Quadros 62 e 63 se apresentam as recomendações/oportunidades de melhoria dos mesmos.

Quadro 59- Não conformidades do PRO.03 – Processo de serviços de suporte

PRO.03- SERVIÇOS DE SUPORTE
Apesar de ser registada e monitorizada a temperatura do armazém de medicamentos e os registos arquivados, não está identificado o <i>dossier</i> de arquivo com o código correto (10.30.11).
A instrução de trabalho INS.03- Embalamento de dispositivos médicos/compressas, apesar de estar a ser aplicada, existem ainda medicamentos sem embalamento e rotulagem.
PROC.19- Circuito de esterilização
O envio de dispositivos médicos a esterilizar é registado no MOD.111.01- Requisição interna/guia de saída, contudo, não aparece o número de modelo no duplicado.
Apesar de todo o material esterilizado estar devidamente identificado, não é colocada a data de esterilização no equipamento.
Está em falta o MOD.02- Nota interna, relativamente à periodicidade de testes químicos e biológicos Bowie e Dick.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 60. Não conformidades do PRO.04 – Processo de serviços de apoio

PRO.04- SERVIÇOS DE APOIO
No serviço de receção deve ser implementado um método de controlo de saída de todas as pessoas (colaboradores, visitantes e outros) que frequentem a CSBM.
PROC.13- Ciclo de tratamento de roupas
Apesar de o MOD.82- Ciclo de tratamento de roupas estar preenchido e afixado/ disponível nos serviços de lavandaria e nas unidades de internamento, o modelo em vigor está desatualizado (MOD.82.00), devendo, portanto, preencher o MOD. 82.01 .
Verificou-se que alguns profissionais da lavandaria não usavam calçado adequado (D. Dulce e D. Emília).
O MOD.83- Registo de roupa danificada estava a ser preenchido e é mantido o arquivo em <i>dossier</i> , contudo, o modelo em utilização está desatualizado (MOD.83.00), devendo, portanto, preencher o MOD.83.01 .
PROC.14- Manutenção e controlo de equipamentos
A direção de enfermagem mantém atualizado o MOD.84- Lista de equipamentos, no que concerne ao equipamento hospitalar, contudo, o mesmo não se encontra verificado pela direção de enfermagem.
PROC.20- Higienização de espaços e equipamentos
Não está disponível nem preenchido o MOD.114.01- Plano de higienização na zona da lavandaria para que os colaboradores responsáveis executem a higienização dos espaços.
As atividades de higienização não estão a ser registadas no modelo específico na zona da Lavandaria.
O cumprimento do plano de higienização e da distribuição das atividades de higienização nas diferentes áreas não está a ser verificado através de assinatura, e datado semanalmente pelo enfermeiro chefe e/ou encarregada de unidade nas áreas clínicas e pela responsável de serviços gerais nas áreas “extra” às unidades.
Na unidade 05-06, o MOD.122- Registo de limpeza: instalações sanitárias está a ser preenchido, contudo, o modelo em utilização está desatualizado (MOD.122.00), devendo, portanto, preencher o MOD. 122.01 .
Nas unidades: 01-02 e 03-04, as atividades de higienização não estão a ser verificadas, através de assinatura, no modelo específico.
Devem registar no MOD.180- Registo de limpeza: Sala de tratamento a higienização da marquesa e outros equipamentos que são higienizados frequentemente.
Foi verificado que a colaboradora D. Augusta, apesar de preencher os MOD.119.01- Registo de limpeza: gabinetes de atendimento e MOD.216.00- Registo de limpeza: sala de estar, não existe <i>dossier</i> de arquivo e não é possível identificar claramente o serviço/ unidade ao qual se referem os modelos.
A colaboradora D. Fátima está a preencher o modelo obsoleto (MOD. 122.00) e não está disponível o MOD.114.01- Plano de higienização.
As atividades de higienização não estão a ser registadas no modelo específico na zona da capela, corredor bazar, casas de banho e auditório pela colaboradora D. Aurora.
PROC.22- Gestão de transportes, salas e equipamentos
Não estão implementados os registos associados ao PROC.22- Gestão de transportes, salas e equipamentos.

Fonte: Elaboração própria.

Nos **Quadro 59** e **60** verifica-se que, as não conformidades identificadas durante a auditoria interna estão relacionadas com falhas na documentação, nas atividades desenvolvidas e práticas inadequadas por parte dos profissionais no âmbito dos processos PRO.03 – Processo de serviços de Suporte e PRO.04 – Processo de serviços de apoio. Assim, devem ser adotadas medidas, de modo a corrigir todas estas não conformidades, visto que tanto o PRO.03 – Processo de serviços de suporte como o PRO.04 – Processo de serviços de apoio são processos de suporte que, embora não acrescentem valor diretamente ao cliente (utentes/pessoas servidas/utilizadores), acrescentam valor à Instituição e são essenciais para os processos-chave.

Pela análise do **Quadro 61**, confirma-se que a não conformidade identificada durante a auditoria interna está relacionada com a falta de um documento no âmbito do processo PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação. Deste modo, deve ser corrigida esta não conformidade, uma vez que o PRO.09 é um processo de gestão que mede, analisa e melhora o SGQ.

Quadro 61. Não conformidades do PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação

PRO.09- INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO
PROC.33- Investigação Clínica
Não é requerido parecer ao Núcleo de Apoio à Investigação em Saúde mental (NAISM) para os estudos de investigação desenvolvidos no Centro. É apenas solicitado parecer à comissão de ética ou ao diretor clínico.

Fonte: Elaboração própria.

Nos **Quadros 62** e **63** verifica-se que, as oportunidades de melhoria identificadas durante a auditoria interna nos processos de suporte, PRO.03 – Processo de serviços de suporte e PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, aumentam a capacidade da Instituição para atingir adequadamente os seus objetivos.

Quadro 62. Oportunidades de melhoria do PRO.03 – Processo de serviços de suporte

PRO.03- SERVIÇOS DE SUPORTE
PROC.19- Circuito de esterilização
Desenvolver uma Instrução de trabalho para as operações de esterilização.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 63. Oportunidades de melhoria do PRO.03 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde

PRO.06- PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE
PROC.20- Higienização de espaços e equipamentos
Prever a aquisição de acrílicos para colocar registos de higienização nas unidades novas.
Dar formação sobre os produtos de higienização na lavandaria.
Na unidade 05-06: são colocados os produtos de higienização na casa de banho que se encontra desativada, deste modo devem proceder à alteração da sinalética, colocar: Zona de produtos e utensílios de higienização.

Fonte: Elaboração própria.

Ainda que, os colaboradores compreendam a globalidade do SGQ e estejam envolvidos nas dinâmicas necessárias ao cumprimento dos requisitos do sistema EQUASS *Assurance*, mediante os dados apresentados nos Quadros 59 a 63, conclui-se que apesar de a maioria dos processos em causa terem implementadas as suas atividades e registos, existem ainda alguns procedimentos e instruções de trabalho que necessitam de implementação.

Outra tarefa realizada durante o período de estágio profissionalizante relacionou-se com a elaboração dos **relatórios de avaliação da satisfação das partes interessadas e de avaliação do grau de conhecimento da comunidade**, os quais estes foram elaborados tendo como base uma ferramenta de recolha de dado (isto é, questionários), de modo a obter a informação relevante para identificar pontos fortes e ações de melhoria a implementar pela CSBM. Assim, por um lado, para proceder à avaliação da satisfação das partes interessadas foram entregues os questionários: **MOD.60 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes internados em unidades de longo internamento** (Anexo 21); **MOD.61 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos familiares/pessoa significativa dos utentes em unidades de longo internamento** (Anexo 22); **MOD.64 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos profissionais** (Anexo 23); **MOD.65 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos voluntários** (Anexo 24); **MOD.66 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes da consulta externa** (Anexo 25); e **MOD.68 – Questionário de avaliação do grau de satisfação de entidades parceiras/entidades financiadoras** (Anexo 26). Por outro lado, para concretizar o processo de avaliação do grau de conhecimento da comunidade foram distribuídos, junto da comunidade, exemplares do questionário **MOD.47 – Questionário de avaliação do grau de conhecimento da comunidade** (Anexo 17).

O relatório de avaliação da satisfação das partes interessadas (Anexo 16) reflete a opinião relativamente à qualidade dos serviços prestados e a sua adequação às necessidades e expectativas dos utentes, do familiar/tutor ou pessoa significativa, dos profissionais, voluntários, entidades parceiras e entidades financiadoras que interagem com a CSBM, enquanto o relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade (Anexo 17) retrata a eficácia da comunicação externa da CSBM relativamente às necessidades e expectativas da comunidade.

Por último, a construção da **ferramenta em Excel** permite sintetizar, de um modo simplificado, todo o conteúdo constante do SGQ e mensurar, definir, analisar e propor soluções para a Instituição, em função das não conformidades e oportunidades de melhoria identificadas. Para a prossecução desta ferramenta da Qualidade definiram-se as configurações, isto é, todos os aspetos relevantes para o SGQ, nomeadamente:

1. **Tipo:** identifica se o problema/constatação é uma não conformidade ou uma oportunidade de melhoria;
2. **Processo:** apresenta o processo ao qual está associado o problema/constatação a tratar. Os processos estabelecidos pela CSBM são: PRO.01 – Processo de gestão e melhoria contínua; PRO.02 – Processo de intervenção clínica no internamento; PRO.03 – Processo de serviços de suporte; PRO.04 – Processo de serviços de apoio; PRO.05 – Processo de admissão; PRO.06 – Processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde; PRO.07 – Processo de intervenção clínica no ambulatório; PRO.08 – Processo de voluntariado assistencial; PRO.09 – Processo de investigação, desenvolvimento e inovação; e PRO.11 – Processo de docência, formação e desenvolvimento dos profissionais;
3. **Princípio da qualidade EQUASS:** nomeia o princípio da qualidade ao qual está ligado o problema/constatação. Os princípios definidos foram: liderança; recursos humanos; direitos; ética; parcerias; participação; orientação para o cliente; abrangência; orientação para os resultados; e melhoria continua;
4. **Tipo de causa:** estabelece as causas que levaram ao problema/constatação. Assim, definiram-se como causas: as pessoas; o meio ambiente; as matérias-primas/consumíveis; os procedimentos/métodos; e as infraestruturas/equipamentos/ferramentas;
5. **Origem:** define de onde surgiu o problema/constatação, como por exemplo da revisão do sistema, da auditoria interna e externa, de vistorias/inspeções, da alteração de referências normativas, de ocorrências do processo, da avaliação da satisfação das partes interessadas, da avaliação do grau de conhecimento da comunidade, entre outras origens;

- 6. Dimensão EQUASS:** identifica a dimensão do referencial EQUASS à qual está associado o problema/constatação. As dimensões definidas foram: missão, visão e política da qualidade; comunicação; planeamento anual; contributo para a sociedade; gestão de recursos humanos; qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos; envolvimento dos colaboradores; direitos e deveres; autodeterminação; política de ética; papéis e responsabilidades; parcerias na prestação de serviços; envolvimento dos clientes; *empowerment* dos clientes; identificação das necessidades e expectativas dos clientes; planeamento individual; processo de prestação de serviços; continuidade da prestação de serviços; abordagem holística; medição dos resultados; avaliação dos resultados; comunicação dos resultados; ciclo de melhoria contínua; e inovação;
- 7. Tipo de ação:** define o que se pretende fazer, mediante o problema/constatação. Assim, foram estabelecidas quatro tipos de acções: imediata; correctiva; preventiva; e de melhoria. A ação imediata deve ser feita imediatamente para amnesiar o problema; a ação corretiva é feita para corrigir o problema, de modo que este nunca mais aconteça; a ação preventiva toma-se antes de o problema acontecer, garantindo que essa hipótese nunca seja concretizada; e, por último, uma melhoria é uma ação com o intuito de melhorar algo;
- 8. Eficácia:** avalia o cumprimento das metas planeadas para a resolução do problema/constatação. Para tal, utilizaram-se as configurações: “Sim”; “Não”; “Em avaliação”; e “N.A.-Não avaliada”.

Posto isto, na **Figura 11** apresentam-se as configurações da ferramenta desenvolvida em Excel e que servem de base para a monitorização e avaliação do SGQ. Na **Figura 12** exhibe-se a ferramenta propriamente dita, a qual se designou por “Plano de melhoria do SGQ”, que inclui os elementos já referidos anteriormente nas configurações e também as constatações e as suas causas, posteriormente definem-se estratégias de tratamento das constatações estabelecendo prazos e responsáveis para o cumprimento das mesmas e, por último, avalia-se a eficácia das estratégias desenvolvidas para eliminar as não conformidades ou oportunidades de melhoria. Através desta ferramenta é ainda possível obter graficamente dados da globalidade do cumprimento dos requisitos do SGQ, como é possível comprovar através da **Figura 13**.

Figura 11. Configurações da ferramenta em Excel de avaliação do SGQ

Tipo	Não Conformidade	7	Processo	PRO.01-Gestão e Melhoria Contínua	26	Princípio da Qualidade EQUASS	Liderança	11
	Oportunidade de Melhoria	29		PRO.02-Intervenção Clínica no Internamento	2		Recursos Humanos	3
				PRO.03-Serviços de Suporte	0		Direitos	3
				PRO.04-Serviços de apoio	3		Ética	4
				PRO.05-Admissão	1		Parcerias	1
				PRO.06-Processo de prevenção e controlo de infeção	1		Participação	2
				PRO.07-Intervenção Clínica no ambulatório	0		Orientação para o cliente	1
				PRO.08-Processo de voluntariado assistencial	1		Abrangência	4
				PRO.09-Processo de investigação, desenvolvimento e melhoria	0		Orientação para os resultados	6
				PRO.11-Docência formação e desenvolvimento	1		Papeis e Responsabilidades	0
				DNR.07-Manual de Políticas de gestão de recursos	1		Ciclo de Melhoria Contínua	0
							Melhoria Contínua	1
Tipo de Causa	Materias Primas/ Consumíveis	1	Origem	Revisão do sistema	36	Dimensão EQUASS	Missão, Visão e Política da Qualidade	0
	Procedimentos/Métodos	2		Auditoria do ISS	0		Comunicação	2
	Pessoas	5		Auditoria interna	0		Planeamento Anual	8
	Infraestruturas/ Equipamentos/ F	1		Auditoria externa	0		Contributo para a sociedade	0
	Meio Ambiente	0		Acompanhamento Objectivos	0		Gestão de recursos humanos	0
				MOD.169- Registo de situações de emergência	0		Qualificação e desenvolvimento do pessoal	1
				Auto Vistoria/ Inspeções	0		Envolvimento dos colaboradores	0
				Alteração de referências normativas	0		Direitos e deveres	0
				Planificação estratégica	0		Autodeterminação	0
				Actividades de verificação	0		Política de Ética	0
				Ocorrências processo	0		Papéis e responsabilidades	0
				Avaliação quadrimestral	0		Parcerias na Prestação de serviços	0
				Satisfação Estágio	0		Envolvimento dos clientes	0
				Sugestão de familiares	0		Empowerment dos clientes	0
				Reclamação de familiares	0		Orientação para o cliente	0
				Sugestão de utentes	0		Abrangência	0
				Reclamação de utentes	0		Orientação para os resultados	0
				Sugestão de colaboradores	0		Melhoria contínua	0
				Reclamação de colaboradores	0			
				MOD.55- Questionário de avaliação	0			
				MOD.47-Questionário de avaliação	0			
				MOD.60 – Questionário de avaliação	0			
				MOD.61 – Questionário de avaliação	0			
Plano de Melhoria Configurações Report +								
Tipo de Ação	Imediata	0	Eficácia	Sim	70			
	Correctiva	11		Não	0			
	Preventiva	0		Em avaliação	0			
	Melhoria	60		N.A.	0			

Fonte: Elaboração própria.

Figura 12. Ferramenta em Excel: Plano de melhoria do SGQ

INSERIR LINHAS		IMPRIMIR REPORT		Plano de Melhoria do Sistema de Gestão 2014			
Descrição da Ocorrência							
Nº	Descrição da Constatação	Data	Origem das Constatações	Dimensão do EQUASS	Tipo	Descrição das Causas	
1	<p>Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à reflexão sobre a espiritualidade da colaboração.</p> <p>Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita ao aumento do número de consultas externas.</p> <p>Incumprimento dos objetivos do plano de gestão no que respeita à auditoria interna a todo o SGQ.</p> <p>Relatório de Revisão de 2014</p>	28.01.2015	Revisão do sistema	Planeamento Anual	Não Conformidade	<p>A reflexão sobre a espiritualidade da colaboração não se realizou devido a uma grande sobrecarga de atividades, nomeadamente as calendarizadas para assinalar o centenário da morte de S. Bento Menni e o vigésimo aniversário da CSBM.</p> <p>Ausência de informação sobre consultas.</p> <p>A auditoria interna a todo o SGQ não se efetuou, pois, estiveram ausentes dois elementos da equipa da qualidade, grande parte do ano de 2014, sobrecarregando assim os restantes elementos.</p>	
Tratamento							
Tipo de Causa	Processo	Princípio da Qualidade EQUASS	Tipo de Ação	Descrição	Resp. Implementação	Prazo para Implementação	Data de realização
Pessoas	PRO.01-Gestão e Melhoria Contínua	Liderança	Correctiva	Elaborar um folheto de divulgação das consultas e exposição em diferentes espaços de comunicação interna e externa.	Irmã Isabel	1º quadrimestre 2015	01.02.2015
			Correctiva	Aguardar a chegada das baixas de maternidade para dar continuidade ao trabalho.	Irmã Isabel	1º quadrimestre 2015	01.02.2015
			Avaliação Eficácia				
			Prazo para / Data de avaliação da eficácia	Análise da Eficácia	Eficácia	Responsável pela avaliação	
			01.10.2015	Ainda não foi possível verificar o retorno desta divulgação, através do aumento de procura e realização da consulta.	Sim	Carla Costa	
			01.06.2015		Sim	Carla Costa	

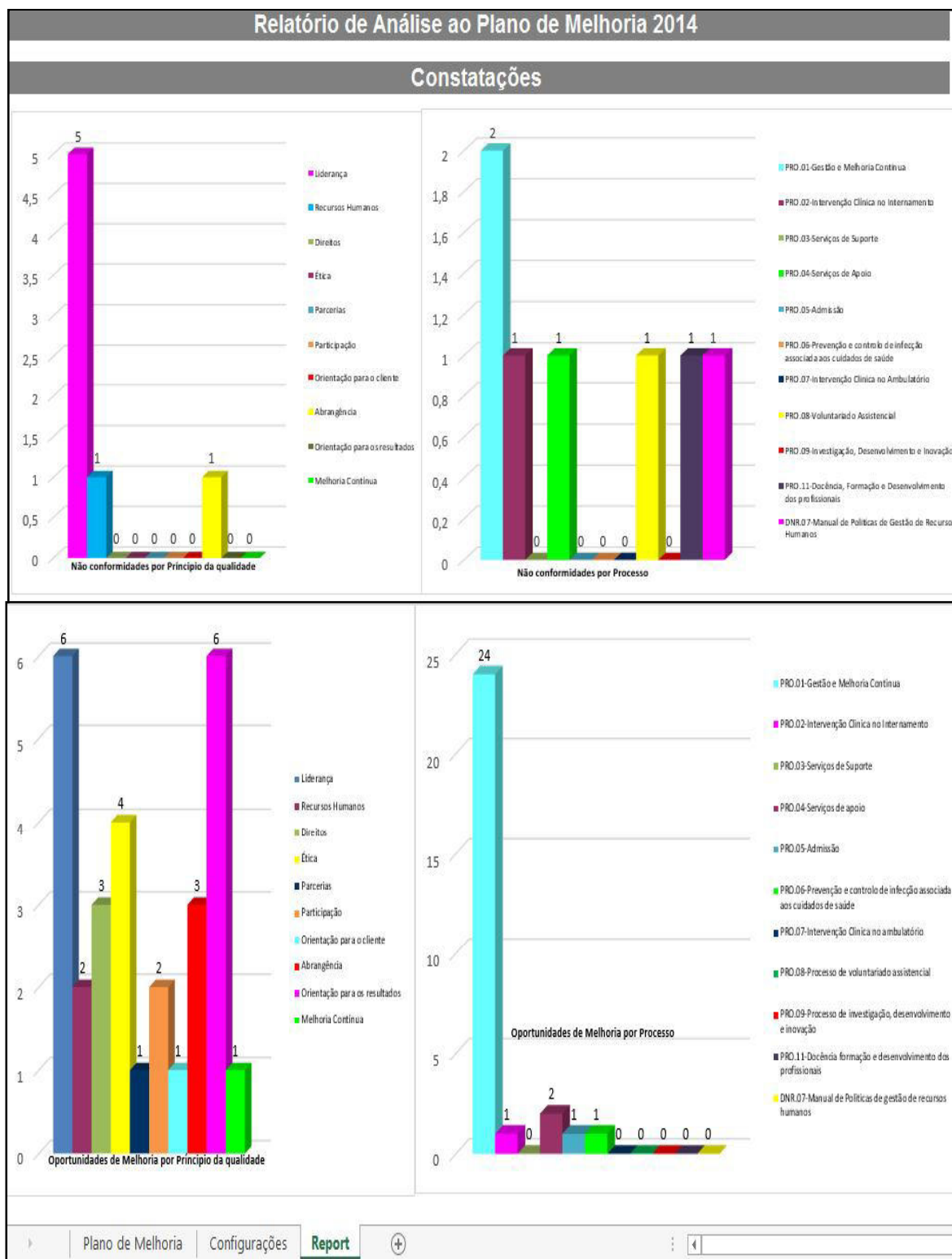
Plano de Melhoria

Configurações

Report

Fonte: Elaboração própria.

Figura 13. Ferramenta em Excel: Dados gerais do plano de melhoria do SGQ



Fonte: Elaboração própria.

Por conseguinte, a ferramenta Excel permite agilizar o processo de desenvolvimento e na revisão dos procedimentos relativos ao SGQ, tendo em vista a elaboração dos relatórios de avaliação da satisfação das partes interessadas e de avaliação do grau de conhecimento da comunidade, como resultado das auditorias internas desenvolvidos.

4.6 Considerações Finais

Qualquer SGQ é um sistema dinâmico que, para ser eficiente, tem de ser continuamente melhorado e reajustado de modo a dar resposta às exigências de todas as partes interessadas. Assim, também o SGQ da CSBM contribui para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, o que pode ser evidenciado através da diminuição contínua das não conformidades e das oportunidades de melhoria. De facto, um SGQ baseado num processo de melhoria contínua permite obter dados para que todos os serviços disponibilizados melhorem, já que a mesma instiga à proatividade dos recursos humanos envolvidos, no sentido de fazer cada vez melhor e dar origem a novos desafios.

Para que o SGQ da CSBM tenha um efeito positivo é fundamental que os procedimentos, as normas, os métodos de controlo e as especificações dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas sejam convenientemente estabelecidos, documentados, conhecidos, compreendidos e mantidos em toda a Instituição. Assim, a implementação de um SGQ comunicado em todo o âmbito da organização garante a consecução de um projeto de sucesso, com uma abrangência de tal modo expressiva que permitirá à Instituição o retorno claro e objetivo das práticas de gestão interna.

Posto isto, para que a CSBM detenha um SGQ com ações padronizadas e em conformidade com o referencial EQUASS *Assurance* necessita fazer uma abordagem sistemática a todas as ações que possam prejudicar a qualidade dos serviços e, consequentemente, comprometer a satisfação de todas as partes interessadas. Deste modo, tendo sempre associada a ideia de melhoria contínua, a CSBM efetua periodicamente revisões ao SGQ, através da realização de auditorias internas e também de uma auditoria externa final, a qual permite comprovar/renovar a certificação anteriormente obtida.

CONCLUSÕES

Numa sociedade com uma elevada dinâmica concorrencial, as organizações competem no mercado para, não só satisfazer as necessidades dos *stakeholders*, mas também para os fidelizarem, através de uma maior credibilidade dos seus produtos e/ou serviços. A implementação de um SGQ é uma decisão estratégia e voluntária que cada vez mais as organizações tomam, pois o desenvolvimento de uma cultura baseada na qualidade abre caminho à eficácia e eficiência organizacional nas respostas às necessidades e expectativas identificadas pelos *stakeholders*. Neste âmbito, o conceito de qualidade foi evoluindo e a sua abrangência alargou-se para as instituições do terceiro setor, onde a sua aplicabilidade ganhou cada vez maior expressão, transformando-se numa ferramenta essencial da nova estratégia do setor (Gonçalves, 2011). As organizações veem na implementação de um SGQ uma ferramenta que lhes permite melhorar continuamente os seus processos e reduzir custos de não qualidade, pois sentem da parte dos seus clientes que existe uma relação de confiança da qualidade relativamente ao produto e/ou serviço prestado.

No primeiro capítulo deste relatório de estágio profissionalizante efetuou-se a análise do estado de arte do SGQ, através dos seus princípios, normas e requisitos, concluindo-se que as empresas que implementam um SGQ ambicionam a sua certificação, por ser um fator de diferenciação vital para o seu sucesso. A este propósito, a recente versão da ISO 9001: 2015 (IPQ, 2015b) representa a norma do “futuro” e valoriza, ainda mais, o processo de melhoria contínua. Uma organização possui, por um lado, vários processos específicos que transformam recursos em produtos/serviços, por solicitação dos *stakeholders*, e, por outro lado, um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é apurar a funcionalidade desses processos-chave para assegurar que estão a ser devidamente implementados. Onde, a qualidade pode ser monitorizada através da implementação destes sistemas, que têm como base uma estrutura organizacional, sustentada em processos e recursos necessários interligados entre si, e um conjunto de regras e princípios relacionados com a qualidade a nível interno da organização (Lopes e Capricho, 2007).

Neste seguimento, no segundo capítulo abordou-se a temática do *European Quality in Social Services* (EQUASS) como modelo de certificação dos SGQ, nomeadamente no setor das respostas sociais, concluindo-se que o SGQ mediante um conjunto de domínios, condições, princípios e critérios-chave influencia a qualidade dos serviços sociais. Este modelo de certificação fundamenta-se numa estrutura de dez princípios da qualidade e de cinquenta

critérios subjacentes, que permitem às organizações a certificação segundo três níveis de reconhecimento: EQUASS *Assurance* (nível I); EQUASS *Excellence* (nível II); e EQUASS *Award* (nível III).

Do anterior se conclui que, a certificação tem nas organizações impactos positivos, nomeadamente: melhoria da gestão e dos processos internos; melhoria da cultura da organização; consciencialização, o envolvimento e a motivação dos colaboradores; melhoria da imagem da organização; ganhos ao nível da eficiência e da eficácia do desempenho da organização; aumento da produtividade e reconhecimento; aumento do investimento com retorno; e planeamento do crescimento e evolução das organizações (Lopes, 2007; Freitas, 2009; Roque, 2010). Pese embora, a mesma certificação possa originar impactos negativos, designadamente: escassez dos recursos humanos; limitações ao nível das instalações e equipamentos; dificuldades ao nível do meio envolvente; problemas de escassez financeira, entre outros (Monteiro, 2009; Roque, 2010).

Assim, no terceiro capítulo explanou-se o caso de estudo, relativo à Casa de Saúde Bento Menni, face à implementação do referencial EQUASS *Assurance*, que lhe permite: prestar cuidados de saúde associados a uma melhoria contínua da qualidade nos vários níveis de intervenção (prevenção, diagnóstico e reabilitação); satisfazer as necessidades e expectativas de todos os *stakeholders*; quantificar a satisfação dos seus clientes; alcançar métodos e elementos para gerir a qualidade dos seus serviços, principalmente para identificar e gerir eficazmente os seus processos, melhorando o seu desempenho; e estabelecer a harmonia no ambiente interno, de modo a alcançar a missão, a visão, os valores e os objetivos da organização. Adicionalmente, a Instituição anseia ganhar notoriedade de mercado e alcançar novos projetos no âmbito da sua área de atuação, através da fidelização dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e na consignação de parcerias que sejam uma mais-valia efetiva.

Quanto ao quarto capítulo, no mesmo evidenciaram-se os resultados do modelo EQUASS na CSBM, desde o processo de auditoria à qualidade dos serviços prestados, mencionando todos os procedimentos conducentes à (re)certificação da qualidade dos serviços sociais de acordo com o referencial EQUASS *Assurance*. Assim, ao nível da melhoria contínua da qualidade, foi necessário que os procedimentos organizacionais, inerentes à implementação do processo de gestão da qualidade, fossem convenientemente estabelecidos, documentados, conhecidos, compreendidos e mantidos em toda a Instituição. Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que foi alcançado o objetivo proposto no início deste relatório de estágio profissionalizante,

visto que a Instituição possui uma sistemática corporativa de gestão da qualidade que abrange todos os seus serviços. Deste modo, garantir a qualidade dos produtos será, portanto, o caminho para obter uma liderança no mercado, assegurando a garantia da subsistência e rentabilidade da organização a longo prazo.

Em consequência, constatou-se que a meta principal da Instituição relativamente ao SGQ é apresentar um modelo que esteja voltado para o desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia dos produtos/serviços e processos, tendo como prioridade atender aos requisitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas, de modo aumentar a sua satisfação. Por conseguinte, este relatório de estágio profissionalizante não deve ser visto como um projeto de investigação concluído, mas antes como uma etapa que deverá ser incrementada em estudos posteriores, na medida em que o seu valor decorre, não somente do seu contributo para o conhecimento, mas também dos caminhos que se podem percorrer em futuras investigações.

Assim, como desenvolvimentos futuros propõe-se uma abordagem aos sistemas integrados de gestão (qualidade, ambiente, segurança e responsabilidade social), pois a CSBM, ao ser já certificada no âmbito do referencial EQUASS *Assurance*, tem instituídas práticas que lhe podem facilitar a implementação de outros sistemas de gestão de acordo com os referenciais: NP EN ISO 14001:2012 (IPQ, 2012b), relativa ao sistema de gestão ambiental; OHSAS 18001 (OHSAS, 2007), relativa ao sistema de gestão de higiene, segurança e saúde ocupacional; e NP 4469-1:2008 (IPQ, 2008b); NP 4469-2:2010 (IPQ, 2010) e NP 4522:2014 (IPQ, 2014), relativas ao sistema de gestão de responsabilidade social. Adicionalmente, também se pode futuramente realizar a análise comparativa dos resultados do referencial EQUASS *Assurance* implementado na CSBM com os resultados obtidos nas outras instituições da congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus a

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Referências Bibliográficas

- Abrantes, M.J.A. (2012). *Qualidade e satisfação: Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Alexandre, A.P.S (2012). *Impacte da certificação da qualidade ISO 9001 em educação vista pelos atores sociais: um estudo de caso numa escola básica*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Educação e Ciências.
- Alves, M.P. (2009). *Avaliação e qualidade das organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Antunes, M.G. e Pires, A.R. (2006). A Qualidade em Organizações de Serviços na Área Social – Experiências e Reflexões. *Cadernos de Sociomuseologia*, 25: 135-160.
- Apolinário, J.M. (2002). *Economia Social: A Economia entre o Ter e o Ser*. Lisboa: IEFP.
- Araújo, J.S. (2013). *Desenvolvimento de um Sistema de Gestão da Qualidade na Ecoinside - Soluções em Ecoeficiência e Sustentabilidade, Lda..* Relatório de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.
- Araújo, S. (2008). Qualis - Qualificar a Intervenção Social. *Rediteia*, 42 (Jul./Dez.): 11-13.
- Baranão, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Barrantes, F.J.V. (2012). *Coordenar o Serviço de Terapia Ocupacional com Qualidade*. Trabalho apresentado para obtenção do título de especialista em terapia e reabilitação – área de terapia ocupacional. Beja: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.
- British Standards Institution. (BSI, 2015a). *Mudando da ISO 9001:2008 para a ISO 9001:2015 – Guia de transição*. Disponível em: <http://www.bsigroup.com/LocalFiles/pt-BR/Whitepapers/BR-PTBR-iso9001-WP-TransitionGuide9k-PDF.pdf>. [Acedido em: Fevereiro de 2016].
- British Standards Institution. (BSI, 2015b). *Apresentando o Anexo SL - A nova estrutura de alto nível para todas as normas de sistema de gestão do futuro*. Disponível em: <http://www.bsigroup.com/LocalFiles/pt-BR/Entendendo%20o%20Anexo%20SL.pdf> [Acedido em: Fevereiro de 2016].
- Brito, B.S.M. (2012). *A estrutura documental da Qualidade: caracterização e importância na USF CelaSaúde*. Relatório de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Carvalho, C.F. e Monteverde, L.J. (2013). *Sistema de Gestão da Qualidade: Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais - Equass Assurance*. Lisboa: BDO Portugal.
- Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2014a). *Relatório de revisão: 2014*. Guarda: CSBM.
- Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2014b). *Relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade: 2014*. Guarda: CSBM.
- Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2014c). *Relatório de avaliação da satisfação: 2014*. Guarda: CSBM.
- Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2015a). Dia 24 de Abril: Um dia memorável para a família hospitaleira. *O Serrano*, 40 (Janeiro-Abril): 1-19.

Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2015b). *Serviços da Casa de Saúde Bento Menni*. Disponível em: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm/servicos> [Acedido em: Outubro de 2015].

Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2015c). *Projetos de intervenção da Casa de Saúde Bento Menni*. Disponível em: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm/projectos-de-intervencao> [Acedido em: Outubro de 2015].

Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2015d). *Folheto da Casa de Saúde Bento Menni*. Disponível em: http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm/images/pdf/Folheto_CSBM.pdf [Acedido em: Outubro de 2015].

Casa de Saúde Bento Menni (CSBM, 2015e). *Associação de famílias*. Disponível em: <http://www.irmashospitaleiras.pt/csbm/associacao-de-familias> [Acedido em: Outubro de 2015].

Casadesús, M.; Gerusa, G. e Heras, I. (2001). Benefits of ISO 9000 – Implementation in Spanish industry. *European Business Review*, 13 (6): 327-335.

Corbett, C.; Luca, A. e Pan, J.-N. (2003) Global perspectives on global standards, a 15-economy survey of ISO 9000 and ISO 14000. *ISO Management Systems*, January-February: 32-40.

Costa, A. e Davoli, G. (2002). *Sistema de controle por certificação de organizações do terceiro sector*. Lisboa: VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública: 8-11.

Costa, A.M.L. (2009). *A qualificação do serviço de apoio domiciliário*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

Cunha, C. (2011). Sistema EQUASS. *Qualidade*, 40 (Inverno): 16-19.

Dale, B.G.; van der Wiele, T. e van Iwararden, J. (2007). *Managing Quality*. 5ª ed. United States of America: Wiley.

Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. 2ª Ed. London: Sage Publications.

Douglas, A.; Coleman, S. e Oddy, R. (2003). Perspective the case for ISO 9000. *The TQM Magazine*, 15 (5): 316-324.

Duarte, C.I.P (2012). *Implementação do Sistema de Gestão da Qualidade- NP EN ISO 9001:2008 numa Indústria de Produção de Presunto*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.

Engel, C. (2002). *Common Assessment Framework: the state of affairs*. Maastricht: European Institute of Public Administration.

European Quality in Social Services (EQUASS, 2008). *Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais: “EQUASS Assurance”- Procedimentos*. Disponível em: <http://www.epr.eu/images/EPR/documents/equass/Portugal/procedimentos.pdf>. [Acedido em: Fevereiro de 2015].

European Quality in Social Services (EQUASS, 2012). *EQUASS ASSURANCE CRITÉRIOS – Serviços Sociais de Interesse Geral 2012*. Disponível em: http://www.apq.pt/porta1/EQUASS/doc_download/EQUASS%20Assurance%202012.pdf. [Acedido em: Fevereiro de 2015].

European Quality in Social Services (EQUASS, 2015). *EQUASS – European Quality Assurance for Social Services: Apresentação e Estratégia para Implementação em Portugal*. Disponível em: http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6_4_EQUASS.pdf. [Acedido em: Fevereiro de 2015].

European Quality in Social Services (EQUASS, 2016). *Como funciona o EQUASS?* Disponível em: http://www.equass.be/equass/images/Documents/Marketing/Brochures/EQUASS%20brochure_Portugal%202009.pdf [Acedido em: Fevereiro de 2016].

European Quality in Social Services (EQUASS, s.d.). *EQUASS: Apresentação e Estratégia para Implementação em Portugal*. Disponível em: http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6_4_EQUASS.pdf [Acedido em: Abril de 2015].

Feigenbaum, A. (1991). *Total quality control*. Singapore: McGraw-Hill.

Ferreira H.; Sá, J.G.; Segurado, M.; Sampaio, P. e Oliveira, R. (2010). *Guia Interpretativo NP EN ISO 9001: 2008*. Lisboa: APCER.

Fey, R. e Gogue, J.M. (1983). *Princípios da Gestão da Qualidade*. 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, M.D.D.M. (2007). *Terceiro Sector, Governabilidade e Balanced Scorecard*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

Freitas, J. (2009). *A Certificação da Qualidade no 3º Sector*. Leça da Palmeira: Seminário «Sistemas da Qualidade para o 3º Sector».

Freitas, R.; Carvalho, A.; Ferreira, M. e Lima, V. (2012). *A Qualidade no Terceiro Setor: O Caso do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG)*. Felgueiras: IV Congresso Internacional de Casos Docentes em Marketing Público e Não Lucrativo: 1-14.

Gonçalves, O.M.M.S. (2011). *Implementação de um Processo de Gestão de Quedas- Um contributo para a melhoria contínua da qualidade*. Projeto de Mestrado. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Guia, S.M.P. (2011). *Impactos da implementação da Norma ISO 9001:2008 nas IPSS: Estudo de Casos Múltiplos*. Dissertação de Mestrado. Viseu: Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa.

Instituto da Segurança Social (ISS, 2010). *Manual de processos-chave: Centro de dia*. 2ª ed. (revista). Lisboa: ISS.

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ, 2015). *Manual da Qualidade*. Lisboa: IIHSCJ.

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ, 2016). *Modelo Hospitaleiro*. Disponível em: <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-assistencial-instituto/modelo-hospitaleiro> [Acedido em: Janeiro de 2016].

Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ, 2013). *Manual de Acolhimento - IIHSCJ*. Lisboa: IIHSCJ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2005). *NP EN ISO 9000:2005 – Sistemas de gestão da qualidade: Fundamentos e vocabulário*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2007). *NP 4457:2007 – Gestão da Investigação, Desenvolvimento e Inovação (IDI): Requisitos do sistema de gestão da IDI*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2008a). *NP EN ISO 9001:2008 – Sistemas de gestão da qualidade: Requisitos*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2008b). *NP 4469-1:2008, Sistema de Gestão da Responsabilidade Social. Parte1: Requisitos e linhas de orientação para a sua utilização*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2010). *NP 4469-2:2010, Sistema de Gestão da Responsabilidade Social. Parte 2: Guia de orientação para a implementação*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2011). *NP EN ISO 9004:2009 – Gestão do sucesso sustentado de uma organização: Uma abordagem da gestão pela qualidade*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2012a). *NP EN ISO 19011:2011 – Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2012b). *NP EN ISO 14001:2012 – Sistemas de gestão ambiental Requisitos e linhas de orientação para a sua utilização (ISO 14001:2004)*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2014). *NP 4522:2014, Norma para Organizações Familiarmente Responsáveis*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2015a). *NP EN ISO 9000:2015 – Sistemas de gestão da qualidade: Fundamentos e vocabulário*. Caparica: IPQ.

Instituto Português da Qualidade (IPQ, 2015b). *NP EN ISO 9001:2015 – Sistemas de gestão da qualidade: Requisitos*. Caparica: IPQ.

International Organization for Standardization (ISO, 2015a). *Standards*. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home/standards.htm> [Acedido em: Abril de 2015].

International Organization for Standardization (ISO, 2015b). *The ISO Survey of Management System Standard Certifications – 2014*. Disponível em: http://www.iso.org/iso/iso_survey_executive-summary.pdf?v2014 [Acedido em: Abril de 2015].

International Organization for Standardization (ISO, 2015c). *Correlation matrices between ISO 9001:2008 and ISO 9001:2015*. Disponível em: <http://www.iso.org/tc176/sc02/public> [Acedido em: Fevereiro de 2016].

Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IHSCJ, 2010). *Carta de Identidade da Instituição – Identidade e Missão*. Roma: IHSCJ.

Juran, J.M. (1993). *Juran na liderança pela qualidade: Um guia para executivos*. São Paulo: Pioneira Editora.

Lima, A.C.C.; Cavalcanti A.A. e Ponte, V. (2004). Da onda da gestão da qualidade a uma filosofia da qualidade da gestão: Balanced Scorecard promovendo mudanças. *Revista Contabilidade & Finanças – USP*, Edição Especial: 79-94.

Lo, V. e Humphreys, P. (2000). Project management benchmarks for SMEs implementing ISO 9000. *Benchmarking: an International Journal*, 7: 247-260.

Lopes, A. e Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Editora RH.

Lopes, G. (2007). *Qualidade e Certificação*. Leça da Palmeira: Seminário – Qualidade: Pressupostos de Diferenciação.

Lopes, M.F.F. (2015). *Relatório de estágio na Instituição Casa de Saúde Bento Menni*. Relatório de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Lucas, S.; Sardinha, B.; Dias, O. e Pires, A.R. (2012). *Sistemas de certificação da qualidade nas instituições de respostas sociais*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/5314> [Acedido em: Fevereiro de 2016].

Marinho, A.L.F. (2015). *Percepções dos dirigentes de topo sobre a relação entre a certificação pela qualidade e os impactos no quotidiano das IPSS do Distrito de Viseu*. Dissertação de Mestrado. Viseu: Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa.

- Martins, P.H. e Brasilmar, F.N. (2004). *A Nova Ordem Social: Perspectivas da Solidariedade Contemporânea*. Paralelo15. Brasília: DF.
- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1983). Decreto-Lei nº 119/83, aprova o estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *Diário da República*, I Série, 46, 25 de Fevereiro: 643-656.
- Monteiro, A. (2009). Dificuldade na Implementação da Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais. *Seminário – Qualidade nos Serviços de Apoio Social*: Associação Portuguesa para a Qualidade.
- Nadae, J.; Oliveira, J.A.; Oliveira, O. (2009). Um estudo sobre a adoção dos programas e ferramentas da qualidade em empresas com certificação ISO 9001: estudos de casos múltiplos. *GEPROS (Gestão da Produção, Operações e Sistemas)*, 4 (4): 93-114.
- Neves, A.; Linhares, V.; Sampaio, P. e Saraiva, P. (2011). *Metodologias e boas práticas de integração e avaliação de sistemas de gestão*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/15174> [Acedido em: Fevereiro de 2016].
- Nunes, J.M.S. (2014). *Implementação da Gestão da Qualidade no Serviço de Apoio Domiciliário - Centro de Dia São Simão*. Relatório de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Oliveira, A.P. (2016). *ISO 9001:2015-Alterações, Estrutura, O que mudou...* Disponível em: <http://www.apopartner.pt/iso-90012015/> [Acedido em: Fevereiro de 2016].
- Oliveira, S.L. (1997). *Tratado de metodologia científica*. São Paulo: Pioneira.
- Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS, 2007). *BS OHSAS 18001: 2007 – Occupation health and safety managements systems: Requirements*. London: BSI.
- Pinto, A. e Soares, I. (2010). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua Implementação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, C. (2006). *Empresas Certificadas - Uma vantagem competitiva*. Disponível em: <http://www.apcergroup.com/portugal/index.php/en/component/k2/563/empresas-certificadas-uma-vantagem-competitiva-dr-carla-pinto> [Acedido em: Abril de 2015].
- Pinto, J.M. (s.d.). *Manual do Formando: Gestão da Qualidade - Versão 02*. Leiria: Gabinete de Formação do ISLA de Leiria.
- Pires, A.R. (2007). *Qualidade- Sistemas de Gestão da Qualidade*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pons, J. e Sivardièrre, P. (2002). *Manual de capacitação. Certificación de calidad de los alimentos orientada a sellos de atributos de valor em países de América latina*. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/004/ad094s/ad094s00.htm> [Acedido em: Novembro de 2015].
- Prajogo, D. (2011). The roles of firms' motives in affecting the outcomes of ISO 9000 adoption. *International Journal of Operations & Production Management*, 31 (1): 78-100
- Proença, T.A. (2011). *O Processo de Certificação de um Sistema de Gestão de Qualidade e Ambiente - Hotel Tryp Coimbra*. Relatório de Estágio Curricular. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Ribeiro, R.P.F.M. (2012). *Participação na Implementação da NP EN ISO 9001:2008 numa Confeitaria*. Dissertação de Mestrado. Santarém: Escola Superior Agrária de Santarém do Instituto Politécnico de Santarém.
- Rodrigues, A.D.C. (2014). *Satisfação Profissional numa IPSS com Fins de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Roque, A.C.S.D. (2010). *Certificação da Qualidade em Entidades do Terceiro Sector*. Relatório de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Sampaio, P. e Saraiva, P. (2014). Barómetro da Certificação 2013. *Guia de Empresas Certificadas*, 8: 1-6.
- Sampaio, P.; Saraiva, P. e Rodrigues, A.G. (2009). ISO 9001 certification research: questions, answers and approaches. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 26 (1): 38-58.
- Schramm, W. (1971). *Notes on Case Studies of Instructional Media Projects*. Stanford: Stanford University, California Institute for Communication Research.
- Silva, C.; Saraiva, M. e Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: Perspectivas e práticas*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Silva, M. Â. (2009). *Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Société Générale de Surveillance (SGS, 2016). *Revisão ISO 9001:2015*. Disponível em: <http://www.sgs.pt/pt-PT/Health-Safety/Quality-Health-Safety-and-Environment/Quality/ISO-9001-2015-Revision.aspx> [Acedido em: Junho de 2016].
- Sousa, R.D.O. (2007). *Qualidade na Administração Pública- O Impacto da Certificação ISO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios*. Dissertação de Mestrado. Braga: Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho.
- Tuv Rheinland (TUV, 2015). *ISO 9001: 2015 Revisão - Gestão da Qualidade do Futuro*. Disponível em: http://www.tuv.com/pt/portugal/servicos/gestao_sistemas/qualidade/iso_9001_pt/iso-9001-2015-revisao.html [Acedido em: Fevereiro de 2016].
- Valls, V.M. (2004). O enfoque por processos da NBR ISO 9001 e sua aplicação nos serviços de informação. *Brasília*, 33 (2): 172-178.
- Van Beek, G. (2012). Impacte do EQUASS nas organizações da economia social. *Qualidade*, 41 (Inverno): 28-30.
- Vibha, A.; Nravichandran; N. K., Jain (2011). Dimensionality of Service Quality and Its Critical Predictors to Customer Satisfaction in Indian Retail Banking. *Advances in Management*, 4(10): 20-25.
- Yin, R.K. (2008). *Case Study Research - Design and Methods*. 3th Ed. London: Sage Publications.
- Zu, X. (2009). Infrastructure and core quality management practices: how do they affect quality? *International Journal of Quality & Reliability Management*, 26 (2): 129-149.

ÍNDICE DE ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. PROC.05 – Sistema de Gestão da Informação e Confidencialidade.....	161
Anexo 2. INS.30 – Sistema de Gestão da Informação	169
Anexo 3. PRO.01 – Processo de Gestão e Melhoria Contínua.....	175
Anexo 4. PRO.09 – Processo de Investigação, Desenvolvimento e Inovação	185
Anexo 5. PRO.05 – Processo de Admissão.....	193
Anexo 6. PRO.02 – Processo de Intervenção Clínica no Internamento	201
Anexo 7. PRO.07 – Processo de Intervenção Clínica no Ambulatório.....	209
Anexo 8. PRO.11 – Processo de Docência, Formação e Desenvolvimento.....	217
Anexo 9. PRO.08 – Processo de Voluntariado Assistencial	223
Anexo 10. PRO.06 – Processo de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	231
Anexo 11. PRO.04 – Processo de Serviços de Apoio.....	237
Anexo 12. PRO.03 – Processo de Serviços de Suporte.....	245
Anexo 13. PROC.01 – Gestão Documental	259
Anexo 14. MOD.106 – Relatório de Revisão do SGQ da CSBM	273
Anexo 15. MOD.186 – Relatório de Avaliação do Grau de Conhecimento da Comunidade	361
Anexo 16. MOD.70 – Relatório de Avaliação da Satisfação de Todas as Partes Interessadas	375
Anexo 17. MOD.47 – Questionário de Avaliação do Grau de Conhecimento da Comunidade	413
Anexo 18. DNR 07 – Manual de Políticas de Gestão de RH	417
Anexo 19. Cronograma para Cumprimento do Referencial EQUASS	447
Anexo 20. Relatório de Auditoria.....	453
Anexo 21. MOD.60 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internados em Unidades de Longo Internamento.....	459
Anexo 22. MOD.61 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Familiares/Pessoa Significativa dos Utentes em Unidades de Longo Internamento.....	463
Anexo 23. MOD.64 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Profissionais	467
Anexo 24. MOD.65 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Voluntários	473
Anexo 25. MOD.66 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes da Consulta Externa.....	477
Anexo 26. MOD.68 – Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação de Entidades Parceiras/Entidades Financiadoras	481



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

1. ÂMBITO

Aplicável aos Centros Assistenciais do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), no que respeita à gestão da informação e confidencialidade.

2. OBJETIVOS

Este procedimento tem como objetivos:

- Garantir a correta gestão de informação, ao nível interno e externo;
- Garantir a proteção dos dados pessoais e a confidencialidade da informação na Instituição.

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor Gerente do Centro Assistencial a implementação deste procedimento.

4. DEFINIÇÕES

Informação – é o resultado do processamento, manipulação e organização de dados de tal forma que represente um acréscimo ao conhecimento da pessoa que a recebe.

Confidencialidade – É o sigilo de toda a informação relativa a dados ou elementos identificativos de utentes, profissionais e da própria instituição.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

5. DESCRIÇÃO

5.1 Sistema de Gestão da Informação (SGI)

A implementação de um SGI permite tratar de forma sistemática e metódica o fluxo de informação, em relação ao **tipo** de informação que circula, **para quem, como, quando** e **quem tem acesso** à mesma.

As principais atividades respeitantes ao Sistema de Gestão da Informação estão definidas na **INS.30 – Sistema de gestão da informação.**

5.2 Controlo da Correspondência

As principais atividades respeitantes ao Controlo da Correspondência estão definidas no **DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos Centros Assistenciais.**

5.3 Confidencialidade

Todos os profissionais, voluntários e estagiários devem cumprir rigorosamente todas as disposições legais sobre proteção de dados pessoais, no que se refere ao acesso, gestão, processamento e eventual transmissão de informação sobre os mesmos, tanto a nível clínico, como a nível laboral e institucional. É observada a máxima prudência na forma, conteúdo e meios de transmissão de qualquer informação que haja o dever de comunicar.

Consideram-se confidenciais as informações relativas aos utentes, aos profissionais e à instituição e, como tal, só poderão ser utilizadas na medida em que for dado o necessário consentimento e não existir prejuízo de terceiros, ou se a lei assim o determinar.

O direito à confidencialidade implica obrigatoriamente o segredo profissional e o respeito por todo o pessoal que desenvolve a sua atividade no Centro Assistencial.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

1. Deve ser garantido em todos os centros que a **informação clínica dos utentes** se encontra arquivada no Processo Clínico de cada utente. Os processos clínicos estão guardados no gabinete técnico (enfermagem, consulta externa, medicina física e reabilitação, e outros definidos pela direção técnica), de modo a garantir a proteção dos mesmos e a reserva de acesso apenas às pessoas autorizadas.
2. Em caso de necessidade e por motivos de acompanhamento clínico do utente, a circulação dos processos clínicos, dentro do centro, será assegurada por profissionais de saúde devidamente autorizados;
3. Qualquer informação escrita relativa à situação clínica dos utentes, recebida ou a enviar, assim como documentos que a acompanhem, deverá ser enviada garantindo que a 1ª pág. quando se tratar de fax ou que o assunto, se se tratar de mail, tem a indicação "Informação Confidencial" ou em envelope fechado, aos destinatários respetivos, garantindo o sigilo do conteúdo;
4. Quando for necessário o envio de cópia de parte do processo clínico para entidades competentes e devidamente autorizadas, deverá seguir-se a técnica de dois envelopes fechados, colocando-se no 1º envelope o nome do utente a que diz respeito a informação e no 2º envelope a designação: "Informação Confidencial";
5. Os registos deverão ser mantidos em condições que assegurem a sua confidencialidade estando proibidas a realização de cópias e de backups para outros fins. Toda a informação em suporte analógico ou digital é de acesso restrito e a sua consulta carece de autorização, através de passwords de acesso aos computadores.
6. O tratamento de dados, escritos ou orais, e a própria imagem dos utentes, deve garantir a necessária confidencialidade. O serviço de receção não dá informações se um utente se encontra ou não internado, devendo encaminhar a chamada para um membro da Direção Técnica. O serviço que receciona a chamada em caso de pedido de informação



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

clínica, deve salvaguardar que esta só é dada por pessoa autorizada e a estritamente necessária para responder às necessidades.

7. O fornecimento de informações protegidas por sigilo confidencial, a nível escrito, oral ou magnético ou eletrónico, inclusive mediante acesso online, deve seguir as orientações administrativas internas que dispõem os procedimentos para assegurar a preservação do sigilo das informações, especialmente as relativas ao uso de senhas pessoais e intransferíveis.
8. Não pode ser dada qualquer informação, de âmbito pessoal, ou institucional, oral ou escrita, qualquer que seja o meio utilizado (telefone, carta, email, ...), que viole o direito de confidencialidade e proteção de dados pessoais.
9. A divulgação de imagens de utentes no website ou em publicações da Instituição é feita mediante autorização expressa do utente (**MOD.225 - Declaração de cedência de imagem**). Às visitas e estagiários é feita referência à proibição de recolha de qualquer tipo de imagens dos utentes.
10. A informação clínica a ser dada pelos técnicos de saúde aos doentes e seus familiares deve ser dada em local apropriado que garanta a confidencialidade. Deverá ser observada a máxima prudência na forma, conteúdo e meios de transmissão de qualquer informação que haja o dever de comunicar.
11. As declarações para o exterior, assim como relatórios clínicos só poderão ser feitos por pessoas autorizadas pela Direcção da Centro.

Os utentes e outras pessoas que desempenhem funções no Centro têm o direito a que a sua presença não seja divulgada.

As orientações definidas no **DNR.08 – Regulamento funcional interno**, no âmbito dos acessos de pessoas externas, devem cumprir-se.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

Toda a correspondência só é aberta pelos próprios destinatários e pessoas autorizadas conforme **DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos Centros Assistenciais**.

Todos os documentos do SGI são controlados e geridos de acordo com o **PROC.01 – Gestão documental**.

No sentido de salvaguardar a informação e a confidencialidade são desenvolvidas com a adequada periodicidade, as ações de sensibilização e formação necessárias aos profissionais, estagiários e voluntários sobre confidencialidade, ética e deontologia profissional;

Na salvaguarda e cumprimentos destes requisitos, remetemos para o **DNR.01 – Código de Ética – IIHSCJ**, ponto 5 (p. 11-12) e para o Decreto de Lei nº67/98, de 26 de Outubro – Lei de Proteção de Dados.

5.5 Quebra da Confidencialidade

Em caso de desrespeito do princípio da confidencialidade, o IIHSCJ atuará em conformidade com o previsto na lei.

5.6 Revisão do Procedimento

Este procedimento será revisto com uma periodicidade mínima de dois anos. No momento da revisão serão envolvidos os colaboradores e os utentes.

6. DESTINATÁRIOS

Aplica-se a toda os profissionais, estagiários e voluntários dos Centros Assistenciais.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCEDIMENTO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	03-07-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.05.02

7. ANEXOS

- DNR.01 – Código de ética;
- DNR.08 – Regulamento funcional interno;
- DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos Centros Assistenciais;
- INS.30 – Sistema de gestão da informação;
- MOD.225 – Declaração de cedência de imagem;
- PROC.01 – Gestão documental.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENN

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	19-08-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	INS.30.00

A Direção do Instituto e as Direções dos estabelecimentos de saúde definiram e mantêm um conjunto de fluxos de comunicação interna (entre os diferentes níveis e funções da organização) e externa de forma a promover a eficaz implementação e melhoria do Sistema de Gestão da Qualidade. Em todos os mecanismos de comunicação estão salvaguardas as regras estabelecidas no âmbito da garantia da confidencialidade da informação.

1. Mecanismos de comunicação interna e externa

1.1. Comunicação interna

Os modelos adotados como forma de correspondência interna são: circulares; notas internas; ordens de serviço e pontualmente faxes e ofícios (*Manual de Procedimentos de Arquivo*, p.10).

Utilizam-se também outros mecanismos de comunicação, nomeadamente:

- Reuniões;
- Encontros;
- Ações de formação/disseminação;
- Correio eletrónico;
- Afixação de informação em placards;
- Dossiers de disseminação (físico ou digital, ex. DROPBOX), com a documentação vigente inerente ao SGQ;
- Pastas digitais partilhadas;
- Entre outros.

Note-se que toda a informação afixada deverá ter a aprovação prévia do Diretor Gerente.



1.2. Comunicação externa

Como forma de correspondência com o exterior é utilizado o modelo de ofício e, pontualmente, o de fax (*Manual de Procedimentos de Arquivo*, p.10).

Utilizam-se igualmente outros mecanismos de comunicação:

- Website;
- Redes sociais (*Facebook, Twitter...*);
- Artigos de opinião;
- Artigos científicos;
- Reportagens;
- Entrevistas nos meios de comunicação social;
- Folhetos de divulgação;
- Reuniões;
- Eventos científicos (seminários, congressos, sessões de sensibilização...);
- Posters científicos;
- Entre outros.

Salvaguarda-se que os processos e procedimentos do SGQ definem também mecanismos de comunicação específicos de acordo com os âmbitos de aplicação.

2. Circuito da informação

Com vista a garantir a correta gestão de informação e a definição da rede de canais de comunicação, ao nível interno e externo, apresenta-se a **Tabela 1 – Circulação da informação**:

Tabela 1

CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO		
DOCUMENTOS	FORMA DIVULGAÇÃO	DESTINATÁRIOS
Carta de Identidade, Compromissos Institucionais; Manual da Qualidade; Carta de direitos e deveres; Código de Ética	Afixação, reuniões, distribuição, formação, <i>website</i>	Utentes, Profissionais e restantes stakeholders
Regulamento Funcional do estabelecimentos de saúde, Regulamentos das Unidades/Serviços, Ordens de Serviço, Notas Internas, Manual de Acolhimento	Afixação, Reuniões gerais e de serviço, distribuição	Utentes, Profissionais e Voluntários



CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO		
DOCUMENTOS	FORMA DIVULGAÇÃO	DESTINATÁRIOS
do IIHSCJ, Guia do Voluntário Hospitaleiro, e outros documentos normativos, regulamentares e/ou operacionais		
Plano Estratégico; Plano de Gestão Anual; Orçamento; Planos anuais das Unidades e Serviços; Memória Anual; Relatórios de Atividades das Unidades e Serviços	Reuniões gerais e de serviço	Utentes, Profissionais e Voluntários
Síntese do Plano de Gestão e Brochura de apresentação de resultados; Resultados da avaliação da satisfação	Afixação, Distribuição, Website	Utentes, Profissionais e restantes stakeholders
Panfletos, Cartazes, Folhetos no âmbito da divulgação Serviços, Projetos, Iniciativas e Eventos	Afixação, distribuição, website, media	Utentes, Profissionais e restantes stakeholders
Dossier da documentação vigente; Dossier de disseminação – Processos, Procedimentos e Práticas do SGQ	Reuniões; Formação; Distribuição	Profissionais e Voluntários
Plantas de Emergência, Plano de Prevenção contra incêndios, Plano de Emergência Interno, Planos Específicos das unidades/serviços	Afixação, distribuição, formação, exercícios de simulação	Utentes e Profissionais
Processo Clínico digital e analógico	Arquivo digital ou analógico	Técnicos de Saúde
Informação Clínica de Alta; Informação Clínica de Retorno - Alta Contra Parecer Médico - SL Transferência Enfermagem	Correio, fax, utente/família ou pessoa significativa ou representante legal	Departamentos de Psiquiatria Hospitalares; Equipas de Cuidados Continuados; Equipas de Cuidados de saúde Primários; Técnicos de referência
Processo Individual do Colaborador; Base Dados PHC; Documentos contratuais e Processamento de salários	Arquivo digital ou analógico	Serviço de Recursos Humanos - Sede; Departamentos/ secção de Recursos Humanos dos estabelecimentos de saúde

De forma a alcançar-se uniformidade, coerência e a otimizar a informação, no *website* do Instituto e dos estabelecimentos de saúde, é garantida a permanente atualização da informação de acordo com a **Tabela 2 – Website**.



Tabela 2

WEBSITE	DOCUMENTOS
INSTITUTO	<ul style="list-style-type: none">• Carta de identidade;• Compromissos Institucionais;• Carta de direitos e deveres;• Manual da Qualidade;• Código de ética;• Manual de acolhimento IIHSCJ;• Guia do voluntário hospitaleiro;• Publicações institucionais;• Notícias institucionais ou com interesse geral ao Instituto.
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none">• Síntese do Plano de Gestão;• Organograma;• Plano de eventos;• Brochura de divulgação de resultados;• Relatórios de avaliação da satisfação;• Boletins mensais/anuais de divulgação de informação;• Folhetos de apresentação dos estabelecimentos de saúde e serviços;• Notícias locais;• Entre outros documentos específicos.

3. Monitorização

A eficácia das medidas estabelecidas no âmbito do sistema de gestão da informação é avaliada anualmente através da análise dos resultados de questões específicas no âmbito da avaliação da satisfação de utentes e partes interessadas, assim como da monitorização de indicadores específicos.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENN

PROCESSO

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com a definição, monitorização e avaliação do grau de cumprimento dos objetivos (estratégicos, operacionais e dos processos) e das atividades relativas à revisão do sistema de gestão da qualidade.

2. OBJETIVOS

Definir e uniformizar orientações estratégicas gerais que garantam a gestão e melhoria contínua em conformidade com as diretrizes globais da Instituição, assim como determinar e proporcionar os recursos necessários para melhorar a eficácia dos serviços e consequentemente aumentar a satisfação dos utentes e restantes partes interessadas. Pretende-se assim garantir uma gestão dos processos que assegurem a melhoria contínua.

3. DEFINIÇÕES

Melhoria contínua – atividade permanente que visa promover a crescente capacidade de cumprimento dos requisitos da qualidade segundo as orientações estratégicas institucionais.

Política da qualidade – conjunto de intenções e de orientações da Instituição no âmbito do sistema de gestão da qualidade.

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção do Instituto e Direções dos Estabelecimentos de saúde a implementação deste processo e seu cumprimento.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- Taxa de cumprimento dos objetivos anuais;
- Taxa de ações corretivas e preventivas eficazes;
- Taxa de ações de melhoria eficazes;
- Taxa de projetos de melhoria eficazes;
- Nível de satisfação das partes interessadas com a participação e envolvimento;
- Nível global de satisfação dos utentes e partes interessadas;
- Taxa de parcerias estabelecidas avaliadas como muito importantes para o desenvolvimento do estabelecimento de saúde;
- Taxa de satisfação sobre o respeito e salvaguarda da confidencialidade da informação (utentes e partes interessadas);
- Taxa de ações ou projetos de melhoria e corretivas eficazes no âmbito da saúde e segurança do trabalho.

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao Processo de Gestão e Melhoria Contínua estão definidas no **Anexo 1.0 – Fluxograma do processo de gestão e melhoria contínua**.

6.1 Definição/avaliação da política da qualidade

A Política da Qualidade (**COM.01**) define um conjunto de linhas orientadoras de melhoria contínua do SGQ em sintonia com a missão, visão e posicionamento estratégico da Instituição. É complementada com um conjunto de objetivos e indicadores (**MOD.99 – Matriz de objetivos**) que permitem que seja avaliada quadrimestralmente, pois deve



GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

manter-se adequada aos propósitos da Instituição e alinhada com os objetivos estratégicos. É da responsabilidade da Direção do Instituto manter a Política da Qualidade atualizada.

6.2 Planeamento estratégico e anual

As principais atividades respeitantes à elaboração e validação do planeamento estratégico e anual estão definidas no **Anexo 1.1 – Fluxograma do planeamento estratégico e anual**.

A Programação do IIHSCJ é elaborada a cada 6 anos segundo as orientações do Documento Capitular Geral. Após a validação da Programação do IIHSCJ pelo Governo Geral é realizada uma reunião de apresentação às Direções dos estabelecimentos de saúde.

A partir da Programação do IIHSCJ, cada estabelecimento de saúde elabora o seu Plano Estratégico para 3 anos (**MOD.102 – Plano estratégico**) e envia-o, acompanhado de uma ata para aprovação (**MOD.04**) à Direção do Instituto. Após a aprovação do Plano Estratégico pela Direção do Instituto, este é apresentado às equipas, dando-se as orientações para a elaboração do Plano Anual dos serviços, unidades e projetos (**MOD.103 – Plano anual do serviço/unidade**) e respetivo Plano de Gestão (**MOD.104 – Plano de gestão**).

A definição dos objetivos, bem como as ações/atividades do Plano de Gestão é efetuada anualmente pelo Conselho de Direção e responsáveis dos serviços e unidades, conforme modelo enviado pela Direção do Instituto.

O **MOD.104 – Plano de gestão** é enviado à Direção do IIHSCJ até ao dia 15 de dezembro, acompanhado por uma ata de aprovação (**MOD.04**). Após a aprovação é elaborado o **MOD.212 – Síntese do plano de gestão**, que deverá ser disponibilizado às diferentes partes interessadas.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

O plano de gestão e os planos anuais dos serviços e unidades têm uma frequência de monitorização quadrimestral conforme **MOD.99 – Matriz de objetivos**, **MOD.171 – Matriz de avaliação quadrimestral do plano de gestão** e **MOD.220 – Monitorização dos planos anuais**. A primeira até 30 de maio e a segunda até 30 de setembro. A monitorização final é realizada até 30 de janeiro do ano seguinte.

Antes da decisão de aprovação do **MOD.104 – Plano de gestão** e orçamento pela Direção do Instituto (DI), são realizadas reuniões entre a DI e o Conselho de Direção (CD) dos estabelecimentos de saúde, com o objetivo de clarificar e analisar os referidos documentos, esclarecendo eventuais dúvidas.

A aprovação por parte da DI ocorre até ao dia 15 de janeiro e a decisão é registada em ata de Direção do Instituto.

Após aprovação do **MOD.104 – Plano de gestão** e respetivo orçamento, o Diretor Gerente apresenta-o a todas as partes interessadas: colaboradores, irmãs, voluntários, utentes e familiares.

6.3 Plano de saúde e segurança

O **DOC.14 – Plano de saúde e segurança dos estabelecimentos de saúde hospitalares** sistematiza as normas e regras de procedimentos ao nível da organização e gestão da saúde e segurança das pessoas e dos edifícios, nas diversas áreas de intervenção. O seu cumprimento é da responsabilidade do Conselho de Direção de cada um dos Estabelecimentos de saúde. É monitorizado quadrimestralmente no **MOD.99 – Matriz de objetivos**.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

A monitorização dos planos anuais dos serviços e unidades é feita de acordo com as seguintes etapas:

1. Os resultados da monitorização dos planos anuais dos serviços e unidades são analisados em reuniões de equipa interdisciplinar com a Direção Técnica e enviados pelo responsável de unidade/serviço à Direção do estabelecimento de saúde.
2. Nas duas primeiras monitorizações, caso ocorram eventuais desvios, a Direção Técnica em articulação com a Direção do estabelecimento de saúde definirão ações de melhoria, de modo a assegurar o cumprimento dos respetivos planos.

A monitorização do plano de gestão anual é assumida pelo Conselho de Direção, sendo o Diretor Gerente responsável por sintetizar a monitorização dos planos anuais dos serviços e unidades quadrimestralmente e enviar a respetiva monitorização do plano de gestão anual à Direção do Instituto, até 30 de maio, 30 de setembro e 30 de janeiro, respetivamente.

Mensalmente são enviados pelo Diretor Gerente de cada estabelecimento de saúde à Direção do IIHSCJ até ao dia 15 do mês seguinte, documentos informáticos sobre a lotação, recursos humanos e contas previsionais. A direção do IIHSCJ faz uma análise detalhada de acordo com os indicadores estabelecidos e uma comparação com o período homólogo do ano anterior.

No âmbito da monitorização dos objetivos da qualidade, o Gestor da Qualidade deve pedir atempadamente os dados da monitorização quadrimestral aos responsáveis de processo e envia-os ao Diretor Gerente, sendo analisados em reunião de Conselho de Direção. Em caso de desvio deverão ser realizadas as ações de melhoria necessárias. A avaliação anual da concretização dos objetivos da qualidade deve ser registada pelo gestor da qualidade no **MOD.99 – Matriz de objetivos** e enviada ao Diretor Gerente.



GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

Relativamente à elaboração da **Memória Anual (MOD.105 – Memória anual)**, esta será elaborada pelo Diretor Gerente, com base nos dados globais da atividade assistencial desenvolvida enviados pelos responsáveis de unidades/serviços ou projetos até ao final do mês de janeiro. O Diretor Gerente enviará até finais do mês de abril para a Direção do IIHSCJ, a Memória que integrará a Memória Anual do Instituto.

Na reunião do último trimestre de cada ano é feita uma análise do grau de concretização dos objetivos desse ano e sua redefinição para o ano seguinte. No ano precedente ao início do novo triénio é feito o balanço do anterior e definido o Plano Estratégico para o 2º triénio.

6.4 Revisão do sistema de gestão da qualidade

Com o objetivo de avaliar a adequação e eficácia do sistema de gestão da qualidade, é efetuado anualmente um relatório de Revisão do Sistema de Gestão da Qualidade (**MOD.106 – Relatório de revisão do SGQ**). Este relatório é realizado em janeiro de cada ano, reportando-se aos resultados obtidos no ano anterior, sendo aprovado em Reunião de Conselho de Direção. Este relatório é parte integrante da Memória Anual que é enviada pelo Diretor Gerente à Direção do Instituto.

Cabe a cada Responsável do Processo facultar os dados para a elaboração do relatório, cuja responsabilidade da elaboração final cabe ao Gestor da Qualidade.

Antes da elaboração do Relatório de Revisão do Sistema de Gestão da Qualidade é realizada uma reunião, na qual participam a Direção do estabelecimento de saúde, incluindo o Administrador da Qualidade, o Gestor da qualidade e os responsáveis de processo. Esta revisão pretende avaliar a adequação dos objetivos da qualidade, recursos necessários, responsabilidades atribuídas, evolução do desempenho do SGQ, evolução das necessidades e expectativas das partes interessadas, deteção de barreiras e constrangimentos à continuidade

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

dos serviços. Tem em conta resultados e sugestões de melhoria obtidos através da implementação e monitorização dos processos, procedimentos, instruções de trabalho e compromissos institucionais, no âmbito do SGQ.

O registo desta reunião é realizado no **MOD.04 – Ata**.

6.5 Divulgação aos stakeholders internos e externos

As Direções dos estabelecimentos de saúde e do Instituto divulgam às suas partes interessadas internas e externas a:

- Missão, visão e valores hospitaleiros;
- Compromissos institucionais;
- Documentos normativos e regulamentares (ex. Código de Ética);
- Síntese do planeamento anual (**MOD.212 - Síntese do plano de gestão**);
- Resultados de desempenho (nomeadamente relatórios e **MOD.107 – Brochura de divulgação resultados**).

Esta divulgação é efetuada através de ações de sensibilização, reuniões e afixação e distribuição de documentos.

7. DESTINATÁRIOS

Aplica-se a todos os profissionais do Instituto com responsabilidades no âmbito do planeamento e monitorização.

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma de gestão e melhoria contínua;
- Anexo 1.1 – Fluxograma do planeamento estratégico e anual;
- Anexo 1.2 – Fluxograma de monitorização de objetivos;



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

GESTÃO E MELHORIA CONTÍNUA

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	20-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.01.03

- DOC.14 – Plano de saúde e segurança dos estabelecimentos de saúde hospitaleiros;
- MOD.04 – Ata;
- MOD.99 – Matriz de objetivos;
- MOD.102 – Plano estratégico;
- MOD.103 – Plano anual do serviço/unidade;
- MOD.104 – Plano de gestão;
- MOD.105 – Memória anual;
- MOD.106 – Relatório de revisão do sistema;
- MOD.107 – Brochura de divulgação de resultados;
- MOD.171 – Matriz de avaliação quadrimestral;
- MOD.212 – Síntese do plano de gestão;
- MOD.220 – Monitorização dos planos anuais.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENN

PROCESSO

INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade do IIHSCJ	11-09-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.09.01

1. ÂMBITO

Aplicável aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades de Investigação, Desenvolvimento e Inovação.

2. OBJETIVOS

Definir e uniformizar normas a observar relativas às atividades inerentes ao processo de investigação, desenvolvimento e inovação nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

Atividades de investigação, desenvolvimento e inovação (IDI) – de acordo com o *Manual de Oslo*, OCDE (2005; 34), as atividades de IDI são todas as atividades de caráter científico, tecnológico, organizacional, financeiro e comercial, direcionadas para o desenvolvimento de uma cultura de qualidade, inovação e melhoria contínua na organização.

Inovação – implementação de uma atividade significativa e nova identificada pelas necessidades sentidas dos diferentes stakeholders, ou seja, um novo processo, método organizacional ou de marketing, com o objetivo de reforçar o seu valor acrescentado para a sociedade.

Projeto de melhoria – ação ou conjunto de ações de melhoria que pela sua complexidade nomeadamente ao nível dos objetivos/resultados esperados, recursos ou tempo necessários, requerem um planeamento e monitorização mais detalhados.

Todas as atividades IDI são organizadas e implementadas segundo o ciclo PDCA.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCESSO

INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade do IIHSCJ	11-09-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.09.02

4. RESPONSABILIDADES

A coordenação do processo de Investigação, Desenvolvimento e Inovação nos Centros Assistenciais é da responsabilidade do Diretor Gerente. A implementação e monitorização deste processo são da responsabilidade da Direção Técnica.

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- N.º de projetos de inovação anuais;
- N.º de projetos de melhoria anuais;
- N.º estudos de investigação anuais promovidos pelo centro;
- N.º de estudos de investigação anuais realizados com a colaboração do centro.

6. DESCRIÇÃO

Os conhecimentos necessários para desenvolver os projetos de inovação e de melhoria podem estar disponíveis internamente e fazer parte de um corpo de conhecimento já existente na instituição ou ser obtidos no exterior.

As atividades de IDI podem ser ainda decorrentes de novos conhecimentos desenvolvidos através de atividades de investigação.

Os resultados de atividades de IDI, esperados ou imprevisíveis, podem igualmente ser utilizados como fonte direta de inovação ou melhoria.

As atividades relacionadas com a **investigação clínica** nos Centros Assistenciais do IIHSCJ, encontram-se descritas no **PROC.33 – Investigação clínica**.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCESSO

INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade do IIHSCJ	11-09-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.09.02

6.1 Planeamento da investigação, desenvolvimento e inovação

O IIHSCJ tem estabelecido o processo para gerir as interfaces tecnológicas, de mercado e organizacional do processo de inovação e desenvolvimento, que assegura a circulação e transferência de conhecimento entre a atividade inovadora da organização e o seu ambiente. Para tal, a instituição serve-se de algumas atividades descritas na *NP 4457:2007 – Certificação de Sistemas de Gestão da Investigação, Desenvolvimento e Inovação*, entre as quais destacamos: a análise da envolvente externa para identificar quais os atores que com ela interagem ou podem interagir na troca da informação considerada necessária pela organização para a produção do conhecimento, bem como a deteção de oportunidades e ameaças (análise *swot*) e a identificação das atividades de criatividade interna e ferramentas de gestão do conhecimento, necessárias para assegurar a troca de informação/produção de conhecimentos organizacionais, assegurando que as mesmas são planeadas, implementadas, mantidas e atualizadas.

6.1.1 Gestão de ideias e avaliação de oportunidades

A instituição tem estabelecido procedimentos para a captação, análise, avaliação e pré-seleção de ideias com vista a avaliar quais as que podem constituir como oportunidades de inovação e melhoria. São exemplo destes procedimentos as reuniões que a gestão de topo desenvolve com os diferentes profissionais dos estabelecimentos de saúde.

6.1.2 Planeamento de projetos de IDI

Cada projeto selecionado, deve conter um plano onde conste os aspetos apresentados na NP 4457:2007 e estar de acordo com **MOD.108 – Projeto**.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCESSO

INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade do IIHSCJ	11-09-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.09.02

6.1.3 Implementação e operação

Identificadas as atividades de gestão necessárias para o processo IDI, o Diretor Gerente deve, em função da complexidade, risco e dimensão, definir critérios e procedimentos que assegurem a correta realização, documentação e registo.

Deverá ser assegurado que o pessoal que realiza as atividades de IDI, possuem as competências necessárias ao exercício das atividades em causa, tomando como referência a escolaridade, a formação e a experiência profissional apropriada, mantendo sempre associados os respetivos registos.

Cada estabelecimento de saúde do IIHSCJ deve ainda assegurar processos de comunicação apropriados para a comunicação interna e externa, controlo de documentos e registos.

6.1.4 Avaliação de resultados e melhoria

A avaliação dos resultados deve contemplar, conforme apropriado, os resultados da gestão e da produção do conhecimento, da avaliação de oportunidades, dos projetos concluídos e em curso. Deverá ainda apresentar os resultados referentes ao planeamento, atividades realizadas, desvios detetados, avaliação de impacto, avaliação da perceção das partes interessadas, entre outras, de acordo com o **MOD.110 – Relatório de projeto**.

Deverá ser assegurado que o conhecimento adquirido na avaliação das atividades de IDI é considerado em atividades futuras de IDI.

6.1.5 Auditorias internas

A organização deve realizar auditorias internas planeadas para determinar se o sistema de gestão da IDI está conforme com as disposições planeadas, com os requisitos da Norma e com os requisitos do sistema de gestão da IDI estabelecidos na organização, assim como, se está implementado e mantido com eficácia.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCESSO

INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade do IIHSCJ	11-09-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.09.02

6.1.6 Melhoria

Os centros assistenciais devem melhorar a eficácia do sistema de gestão da IDI através da utilização da investigação, desenvolvimento e inovação, da revisão pela gestão, da avaliação de resultados, dos resultados das auditorias e da comunicação interna e externa.

7. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais dos centros assistenciais e investigadores/equipas de investigação externas ao centro.

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma do processo de investigação, desenvolvimento;
- PROC.33 – Investigação clínica;
- MOD.108 – Projeto;
- MOD.110 – Relatório de projeto.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

ADMISSÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.05.02

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com a admissão de utentes.

2. OBJETIVOS

Sistematizar e uniformizar o processo de admissão de utentes aos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

Admissão – é a entrada do utente no estabelecimento de saúde, após decisão médica em consulta de avaliação clínica, por um período determinado.

Internamento - todas as estruturas assistenciais que dão resposta às necessidades clínicas dos utentes que necessitam de intervenção clínica especializada com permanência de pelo menos 24 horas.

Ambulatório – todas as estruturas assistenciais que dão resposta às necessidades clínicas dos utentes que não necessitam de intervenção clínica no internamento, nomeadamente: serviço de apoio domiciliário, consulta externa, serviços especializados e hospital de dia.

Lista de referênciação – lista de utentes referenciados para internamento pelo médico assistente em consulta de avaliação clínica que aguardam vaga de internamento ou em programa apoio domiciliário.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

ADMISSÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.05.02

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção Técnica do estabelecimento de saúde a monitorização deste processo garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- Grau de satisfação dos utentes relativamente às informações dadas no momento de admissão ao estabelecimento de saúde;
- N.º de não conformidades no âmbito do processo de admissão.

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao processo de admissão estão definidas no **Anexo 1.0 – Fluxograma processo de admissão.**

Ressaltamos que alguns estabelecimentos de saúde têm especificidades no âmbito do processo de Admissão, nomeadamente pela articulação direta entre a unidade hospitalar e o estabelecimento de saúde, na resposta de internamento. A descrição das atividades de admissão no âmbito destes acordos específicos consta na **INS.07 – Admissão de utentes provenientes de unidades hospitalares.**

6.1 Receção do pedido de admissão ao estabelecimento de saúde

O pedido de admissão ao estabelecimento de saúde é rececionado pela direção de enfermagem, enfermeiro responsável pela admissão ou administrativo da área de admissões, sendo solicitado pelo utente, familiar, tutor, pessoa significativa, técnico de saúde ou Rede



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

ADMISSÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.05.02

Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pelas vias de comunicação disponíveis (atendimento pessoal, telefone, mail, fax e plataforma informática da RNCCI). Quando este pedido é rececionado pelo administrativo, este encaminha o mesmo, para a direção de enfermagem ou enfermeiro responsável pela admissão. No caso de pedido de admissão proveniente da RNCCI para estruturas específicas procede-se conforme o descrito na **INS.04 – Admissão de utentes propostos pela RNCCI**.

6.2 Análise de critérios de admissão

Após a receção do pedido, a Direção de enfermagem ou enfermeiro responsável pela admissão efetua uma análise do pedido verificando o cumprimento dos critérios de admissão ao estabelecimento de saúde que constam no **DNR.08 – Regulamento funcional interno**.

Se se verificar o cumprimento dos critérios de admissão, será aberto o processo clínico pela Direção de Enfermagem, enfermeiro ou administrativo e efetuada a marcação de uma consulta de avaliação clínica para o médico especialista.

Quando o pedido de admissão ao Estabelecimento de saúde é realizado por carta ou fax e/ou o utente reside numa área geográfica fora do distrito do estabelecimento de saúde, analisam-se os critérios de admissão ao estabelecimento de saúde e caso estes se verifiquem, e não haja vagas de internamento, o utente integrará a lista de referenciação **MOD.159 – Lista de referenciação de utentes**.

Para os utentes que não entrem na lista de referenciação após abertura do processo clínico informatizado, deverá ser constituído um dossier com o relatório médico e/ou ficha **MOD.158 – Ficha de inscrição na lista de referenciação**.

Caso não se verifiquem os critérios de admissão ao estabelecimento de saúde finaliza-se este processo.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

ADMISSÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.05.02

6.3 Consulta de avaliação clínica

Antes da realização da consulta de avaliação clínica é constituído o processo clínico do utente que se encontra descrita na **INS.06 – Constituição do processo clínico**.

Na avaliação clínica o médico especialista decide a necessidade de intervenção em internamento ou em ambulatório, ou a não integração no estabelecimento de saúde. Em todas as situações anteriormente expostas é registada a decisão clínica no Processo Clínico do utente, **MOD.136 – Diário clínico**.

Caso a decisão seja de necessidade clínica de internamento, o utente é encaminhado pelo médico para a Direção de enfermagem ou enfermeiro responsável pela admissão. Se existirem vagas na unidade de internamento proposta pelo médico, são verificados, pelo administrativo, os documentos e requisitos administrativos que constam no Regulamento Funcional do estabelecimento de saúde necessários ao internamento. Seguidamente a Direção de enfermagem ou o enfermeiro responsável pela admissão articula com o enfermeiro da unidade de internamento. O utente é encaminhado para a unidade pelo enfermeiro responsável das admissões. Se não existirem vagas de imediato para internamento, o utente integra a lista de referenciação (**MOD.159 – Lista de referenciação de utentes**).

A gestão da lista de referenciação é efetuada mediante critérios definidos em regulamento funcional do estabelecimento de saúde e segundo a **INS.05 – Gestão de lista de referenciação de utentes**.

No caso, do médico especialista decidir que o plano terapêutico do utente irá ser realizado em ambulatório, são verificados, pelo administrativo, os documentos e requisitos administrativos que constam no Regulamento Funcional do estabelecimento de saúde necessários à integração no processo de intervenção clínica de ambulatório segundo o **PRO.07 – Intervenção Clínica no ambulatório**.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

ADMISSÃO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.05.02

7. DESTINATÁRIOS

Aplica-se a todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ que desempenham funções na área das admissões de utentes.

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma do processo de admissão;
- DNR.08 – Regulamento funcional interno;
- INS.07 – Admissão de utentes provenientes de unidades hospitalares;
- INS.04 – Admissão de utentes propostos pela RNCCI;
- INS.06 – Constituição do processo clínico;
- INS.05 – Gestão de lista de referenciação de utentes;
- MOD.136 – Diário clínico;
- MOD.158 – Ficha de inscrição na lista de referenciação;
- MOD.159 – Lista de referenciação de utentes.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com a intervenção clínica no internamento de utentes.

2. OBJETIVOS

Sistematizar e uniformizar o processo de intervenção clínica no internamento nos Estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

Internamento – Permanência do utente numa unidade de internamento por um período superior a 24 horas.

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção Técnica de cada estabelecimento de saúde a monitorização deste processo, garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- Taxa de cumprimento dos planos individuais de intervenção;
- Taxa de cumprimento de objetivos da responsabilidade do utente;



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

- Taxa de projetos terapêutico-reabilitadores eficazes;
- Taxa de efetividade na prevenção de complicações de quedas;
- Taxa de prevalência de quedas;
- Taxa de ocorrência de eventos adversos relacionados com a contenção física;
- Taxa de efetividade diagnóstica de úlceras de pressão;
- Taxa de incidência de úlceras de pressão;
- Taxa de cicatrização de úlceras de pressão;
- Taxa de efetividade na prevenção de suicídio.

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao Processo Chave – Intervenção Clínica no Internamento estão definidas no **Anexo 1.0 – Fluxograma do processo de intervenção clínica no internamento**.

6.1. Acolhimento nas unidades de internamento

Nas unidades de internamento, o utente e família/tutor ou pessoa significativa são recebidos pelo enfermeiro de turno que efetua o acolhimento de acordo com a **INS.08 – Acolhimento de enfermagem**.

6.2. Avaliação multidimensional

Durante o internamento na unidade, os técnicos da equipa interdisciplinar efetuam a avaliação multidimensional do utente identificando necessidades/problemas, expectativas e potencialidades da pessoa assistida. A avaliação da pessoa assistida deverá ser efetuada com recurso à matriz de avaliação multidimensional das pessoas assistidas nos estabelecimentos de saúde hospitaleiros que se encontra no **DOC.04 – Manual do Modelo de Intervenção do**



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

IIHSCJ, instrumentos de avaliação específicos por áreas clínicas e será registada no processo clínico do utente. A responsabilidade desta atividade compete ao médico ou ao enfermeiro chefe da unidade ou ao coordenador de projeto, no caso de utentes integrados nas áreas da reabilitação psicossocial.

6.3. Plano individual de intervenção

Após a avaliação multidimensional do utente é elaborado o plano individual de intervenção, de acordo com o **PROC.07 – Plano individual de intervenção (PII)**.

Durante o internamento estão asseguradas metodologias de intervenção que promovem a qualidade clínica. De forma a garantir a uniformização de cuidados, foram definidas algumas orientações clínicas no âmbito da Qualidade e Segurança do Doente que ajudam a salvaguardar a integridade e dignidade da pessoa assistida: **PROC.26 – Prevenção e monitorização de quedas; PROC.27 – Contenção física; PROC.28 – Prevenção de úlceras de pressão; PROC.32 – Tratamento de úlceras de pressão; PROC.29 – Prevenção e monitorização de comportamentos da esfera suicidária.**

6.4. Necessidade clínica de continuidade de internamento

Durante o internamento, a necessidade clínica do utente continuar internado é decidida pelo médico responsável em articulação com a equipa interdisciplinar e em função do cumprimento dos objetivos do PII. Se o utente se mantiver internado, a revisão do PII é efetuada de acordo com o **PROC.07 – Plano individual de intervenção**. Se for decidida a alta clínica do utente procede-se de acordo o **PROC.23 – Alta clínica**.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

No caso da situação clínica do utente não estar de acordo com os critérios para o serviço/unidade em causa e haja impossibilidade de dar alta clínica ao utente, procede-se de acordo com o **PROC.24 – Transferência de utentes**.

No caso de se tratar dos **internamentos compulsivos**, seguem-se os procedimentos referentes à Lei 36/98, de 24 de Julho (Lei da Saúde Mental).

6.5. Definição, implementação e monitorização de programas e/ou atividades terapêuticas

O enfoque reabilitativo de toda a intervenção terapêutica junto da pessoa assistida inicia-se na fase do tratamento com vista a uma plena recuperação das suas capacidades e reinserção no seu ambiente habitual. A definição de programas e/ou atividades terapêuticas podem ser desenvolvidas em regime de internamento, integrando aspetos assistenciais, educativos, sociais e laborais.

Após a avaliação da pertinência da continuidade dos projetos de inovação e/ou melhoria no que respeita à melhoria da qualidade de vida e da prestação de cuidados aos utentes, os técnicos das equipas interdisciplinares podem apresentar proposta de programa e/ou atividade terapêutica. Os programas e/ou atividades terapêuticas deverão ser registados no **MOD.222 – Programa de intervenção terapêutico** ou **MOD.223 – Atividade terapêutica**, e ser entregues à Direção Técnica do estabelecimento para apreciação. A Direção Técnica envia cópia ao Diretor Gerente, já com o parecer escrito em campo próprio do modelo (**MOD.222** ou **MOD.223**), para posterior aprovação em Conselho de Direção. A comunicação da aprovação da Direção é realizada através de envio **MOD.02 – Nota interna** pelo Diretor Gerente aos responsáveis de programa ou atividade. O **MOD.222** e o **MOD.223** ficarão arquivados na unidade a que dizem respeito.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

O grau de participação e motivação dos utentes no programa e/ou atividade terapêutica deverá ficar registado, a nível individual, nos processos clínicos dos utentes, nas áreas de intervenção respetivas. Todas as reuniões no âmbito do projeto, incluindo as reuniões com a participação de utentes, são registadas no **MOD.04 – Ata**.

A participação dos utentes nas diversas atividades no âmbito do programa/atividade deverá ficar registada nos **MOD.109 – Folha de presenças**, **MOD.199 – Folha de presenças semanal** e **MOD.200 – Folha de presenças mensal**, de acordo com a periodicidade das atividades.

A avaliação do desenvolvimento do programa é da responsabilidade do técnico coordenador e realizada em conjunto com a equipa envolvida. Esta avaliação é realizada quadrimestralmente e registada no **MOD.110 – Relatório de programa terapêutico**.

7. DESTINATÁRIOS

Este processo aplica-se a todos os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ que intervêm na intervenção clínica no internamento.

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma do processo de intervenção clínica no internamento;
- DOC.04 – Manual do Modelo de Intervenção do IIHSCJ;
- INS.08 – Acolhimento de enfermagem;
- MOD.02 – Nota interna;
- MOD.04 – Ata;
- MOD.109 – Folha de presenças;
- MOD.110 – Relatório de programa terapêutico;



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO INTERNAMENTO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	19-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.02.04

- MOD.199 – Folha de presenças semanal;
- MOD.200 – Folha de presenças mensal;
- MOD.222 – Programa de intervenção terapêutico;
- MOD.223 – Atividade terapêutica;
- PROC.07 – Plano individual de intervenção (PII);
- PROC.23 – Alta clínica;
- PROC.24 – Transferência de utentes;
- PROC.26 – Prevenção e monitorização de quedas;
- PROC.27 – Contenção física;
- PROC.28 – Prevenção de úlceras de pressão;
- PROC.29 – Prevenção e monitorização de comportamentos da esfera suicidária;
- PROC.32 – Tratamento de úlceras de pressão.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.0.702

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com o apoio domiciliário, consultas externas, área de dia e outras intervenções especializadas de ambulatório.

2. OBJETIVOS

Sistematizar e uniformizar procedimentos relativos ao processo de intervenção clínica no ambulatório nos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

Ambulatório – é a intervenção clínica especializada, consulta externa, internamento parcial (não superior a 12h diurnas de permanência no estabelecimento de saúde), apoio domiciliário e outras estruturas terapêuticas.

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção Técnica do estabelecimento de saúde a monitorização deste processo garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.0.702

- Taxa de cumprimento dos objetivos dos Planos Individuais de Intervenção em área de dia ou apoio domiciliário;
- Taxa de cumprimento de objetivos da responsabilidade do utente em área de dia ou apoio domiciliário;
- Taxa de cumprimento de objetivos individuais dos utentes nas áreas especializadas de ambulatório;
- Nível de satisfação dos utentes da consulta externa em relação à concretização dos seus objetivos e expectativas.

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao **PRO.07 – Intervenção clínica no ambulatório** estão definidas no **Anexo 1 – Fluxograma da intervenção clínica no ambulatório**.

6.1 – Articulação com a estrutura de ambulatório

Este processo inicia-se após a realização da consulta de admissão pelo médico assistente e a decisão da integração do utente na área de ambulatório. A partir deste momento é feita a articulação pela Direção de Enfermagem ou enfermeiro responsável com os profissionais das estruturas/serviços de ambulatório, de acordo com os objetivos terapêuticos definidos.

No caso de o utente integrar a estrutura de consulta externa, procede-se à marcação de nova consulta pelo administrativo e são verificados os requisitos administrativos constantes no regulamento.

Se o utente integrar diferentes estruturas de intervenção especializada em ambulatório (psicologia, fisioterapia, terapia da fala, psicomotricidade, eletroconvulsivoterapia, entre



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.0.702

outras especialidades) é definida a periodicidade das sessões a realizar e verificados os requisitos administrativos de acordo com o regulamento.

No caso de o utente ser proposto para apoio domiciliário segue-se o **PROC.31 – Apoio domiciliário**.

Acolhimento

Se o utente for integrado na consulta externa, área de dia ou em estruturas residenciais comunitárias o acolhimento poderá ser feito por outro profissional que não enfermeiro e deverá ser adaptado a estas realidades, procedendo-se à entrega do **DOC.11 – Guia de acolhimento na consulta externa** ou do **DOC.10 – Guia de acolhimento nas estruturas de ambulatório**, conforme situação, e ao esclarecimento de questões associadas.

Intervenção

Todas as intervenções técnicas devem ficar registadas no processo clínico do utente. Cada área técnica deverá evidenciar as necessidades, expectativas, potencialidades do utente em questão, assim como o plano de intervenção delineado e respectivo consentimento tácito por parte do utente e/ou familiar ou representante legal.

No caso de o utente entrar num regime de internamento parcial (área de dia) ou Serviço de Apoio Domiciliário segue-se o procedimento **PROC.07 – Plano individual de intervenção**.

Definição, implementação e monitorização de programas e/ou atividades terapêuticas

O enfoque reabilitativo de toda a intervenção terapêutica junto da pessoa assistida inicia-se na fase do tratamento com vista a uma plena recuperação das suas capacidades e reinserção no seu ambiente habitual. A definição de programas e/ou atividades terapêuticas pode ser



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.0.702

desenvolvida em regime de ambulatório, integrando aspetos assistenciais, educativos, sociais e laborais.

Após a avaliação da pertinência da continuidade dos projetos de inovação e/ou melhoria no que respeita à melhoria da qualidade de vida e da prestação de cuidados aos utentes, os técnicos das equipas interdisciplinares podem apresentar proposta de programa e/ou atividade terapêutica. Os programas e/ou atividades terapêuticas deverão ser registados no **MOD.222 – Programa de intervenção terapêutica** ou **MOD.223 – Atividade terapêutica**, e ser entregues à Direção Técnica do estabelecimento para apreciação. A Direção Técnica envia cópia ao Diretor Gerente, com o respetivo parecer escrito em campo próprio do modelo (**MOD.222** ou **MOD.223**), para posterior aprovação em Conselho de Direção. A comunicação da aprovação da Direção é realizada através de envio **MOD.02 – Nota interna** pelo Diretor Gerente aos responsáveis de programa ou atividade. O **MOD.222** e o **MOD.223** ficarão arquivados na unidade a que dizem respeito.

O grau de participação e motivação dos utentes no programa e/ou atividade terapêutica deverá ficar registado, a nível individual, nos processos clínicos dos utentes, nas áreas de intervenção respetivas. Todas as reuniões no âmbito do projeto, incluindo as reuniões com a participação de utentes, são registadas no **MOD.04 – Ata**.

A participação dos utentes nas diversas atividades no âmbito do programa/atividade deverá ficar registada nos **MOD.109 – Folha de presenças**, **MOD.199 – Folha de presenças semanal** e **MOD.200 – Folha de presenças mensal**, de acordo com a periodicidade das atividades.

A avaliação do desenvolvimento do programa é da responsabilidade do técnico coordenador e realizada em conjunto com a equipa envolvida. Esta avaliação é realizada quadrimestralmente e registada no **MOD.110 – Relatório de programa terapêutico**.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

INTERVENÇÃO CLÍNICA NO AMBULATÓRIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.0.702

Alta

No momento da alta procede-se de acordo com o **PROC.23 – Alta clínica**.

7. DESTINATÁRIOS

Este processo aplica-se a todos os profissionais de saúde dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ que intervêm na intervenção clínica no ambulatório.

8. ANEXOS

- Anexo 1 – Fluxograma da intervenção clínica no ambulatório;
- DOC.11 – Guia de acolhimento na consulta externa;
- DOC.10 – Guia de acolhimento nas estruturas de ambulatório;
- MOD.02 – Nota interna;
- MOD.04 – Ata;
- MOD.109 – Folha de presenças;
- MOD.110 – Relatório de programa terapêutico;
- MOD.199 – Folha de presenças semanal;
- MOD.200 – Folha de presenças mensal;
- MOD.222 – Programa de intervenção terapêutica;
- MOD.223 – Atividade terapêutica;
- PROC.07 – Plano individual de intervenção;
- PROC.23 – Alta clínica;
- PROC.31 – Apoio domiciliário.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENEZES

PROCESSO

DOCÊNCIA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Centro de Formação IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.11.01

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com a docência, formação e desenvolvimento de profissionais.

2. OBJETIVOS

Estabelecer o método de estruturação da docência e formação orientada para a melhoria contínua do desempenho dos profissionais que desenvolvam a sua atividade no IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

Docência – processo inerente à ação educativa que se constitui no ensino-aprendizagem, na pesquisa e na gestão de contextos educativos dentro (por exemplo estágios) e fora da instituição (por exemplo aulas).

Formação e Desenvolvimento – Conjunto de atividades que visam a melhoria contínua do desempenho pela aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos exigidos para um exercício profissional de qualidade, segundo as melhores práticas, e um adequado alinhamento com os objetivos institucionais da Hospitalidade.

4. RESPONSABILIDADES

Compete ao Responsável do Departamento de Recursos Humanos do estabelecimento de saúde, garantir a implementação deste processo.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

DOCÊNCIA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Centro de Formação IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.11.01

Compete ao Responsável de Formação e Coordenador Pedagógico a sua monitorização e avaliação.

5. INDICADORES

São ferramentas essenciais para medir o desempenho dos processos. A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- Taxa de cumprimento do plano de formação anual do estabelecimento de saúde (mínimo 80%);
- Taxa de formações com avaliação de impacto positivo;
- Grau de satisfação dos profissionais em relação à formação;
- Taxa de melhoria das competências decorrentes da avaliação do Plano Individual de Formação (um PIF deve atingir 75% dos objetivos definidos).

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao processo de **docência, formação e desenvolvimento de profissionais** são:

6.1. Formação e desenvolvimento dos colaboradores

A Instituição assegura que os colaboradores possuem a experiência e competência para o cumprimento das suas funções, incentivando os mesmos a utilizar as oportunidades e os apoios ao desenvolvimento disponibilizados no âmbito da formação. As metodologias das atividades formativas encontram-se descritas no **PROC.08 – Formação e desenvolvimento dos profissionais**.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

DOCÊNCIA, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Centro de Formação IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.11.01

6.2. Docência

A atividade de docência desenvolvida nos estabelecimentos de saúde (interna e externa), exige uma rigorosa atualização científica, a qual constitui um desafio permanente para os profissionais e para a instituição, garantido um significativo contributo para a formação de futuros profissionais e especialistas. (cf. CI 47).

A atividade interna de docência encontra-se descrita no **PROC.12 – Acolhimento, integração e acompanhamento de estagiários**.

A atividade externa de docência deverá seguir a **INS.27 – Atividade externa de docência**.

7. DESTINATÁRIOS

Aplica-se a todos os profissionais e outros grupos implicados no processo de formação ou docência do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma do processo docência, formação e desenvolvimento de profissionais;
- PROC.08 – Formação e desenvolvimento dos profissionais;
- PROC.12 – Acolhimento, integração e acompanhamento de estagiários;
- INS.27 – Atividade externa de docência.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

1. ÂMBITO

Aplicável aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), no que diz respeito ao processo de Voluntariado nas suas diversas etapas: recrutamento, seleção, integração, realização e avaliação.

2. OBJETIVO

Estabelecer o método de trabalho no processo do Voluntariado a realizar nos Estabelecimentos de saúde do Instituto.

3. DEFINIÇÕES

Recrutamento: Procura e captação de candidatos para determinada função/atividade.

Seleção: Escolha e tomada de decisão referente ao candidato a admitir.

Integração: Aceitação do voluntário na Instituição através de uma dinâmica de informação e conhecimento recíproco.

Desenvolvimento e acompanhamento: Itinerário continuado de apoio, estímulo e formação para o exercício do voluntariado.

Avaliação: Verificação de resultados na prática de voluntariado a nível pessoal e coletivo.

Voluntário: Pessoa adulta que de forma livre, desinteressada e responsável, sem remuneração alguma, dedica parte do seu tempo, mediante uma atuação organizada, a colaborar na atenção integral aos destinatários da missão hospitaleira.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

4. RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor Gerente e/ao coordenador do voluntariado do Estabelecimento de saúde a implementação deste processo.

5. INDICADORES

A monitorização da colaboração voluntária terá em conta os seguintes indicadores:

- Percentagem de concretização dos objetivos do Projeto do Voluntário (**MOD.94 – Projeto do voluntário**);
- Grau de satisfação dos voluntários com a sua ação (**MOD.65 – Questionários de avaliação do grau de satisfação dos voluntários**).

6. DESCRIÇÃO

Os Estabelecimentos de saúde do IIHSCJ desenvolvem um modelo assistencial que integra as dimensões técnicas e humanizadoras. Baseia-se no respeito pela dignidade da pessoa e expressa-se numa assistência integral – biopsicossocial, espiritual e religiosa.

O voluntariado integra-se plenamente no modelo assistencial hospitaleiro, reforçando a atenção e o cuidado baseados nos princípios de gratuidade e solidariedade.

A descrição das etapas do processo de voluntariado que seguidamente caracterizamos, encontram-se esquematizadas no **Anexo 1.0 – Fluxograma do processo do voluntariado assistencial**.

6.1 Etapa de recrutamento



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

O recrutamento dos voluntários é uma etapa prévia que se realiza especialmente através de:

- Divulgação na página web do IIHSCJ e dos Estabelecimentos de saúde, distribuição do folheto *Ser Voluntário Hospitaleiro* e contacto direto na Instituição e na sociedade civil;
- Preenchimento e entrega da ficha de inscrição destacada do folheto de divulgação *Ser Voluntário Hospitaleiro*;
- Convocação dos candidatos que formalizaram o pedido para o processo de seleção.

6.2 Etapa de seleção

Na etapa de seleção dos voluntários são valorizadas as dimensões que permitam garantir uma mais valia em termos de humanização para a assistência e o processo terapêutico dos utentes.

Os principais momentos desta etapa são:

- Realização de entrevista com o coordenador do serviço de voluntariado para conhecer e validar motivações, interesses e disponibilidade pessoal;
- Registo dos elementos que constam do **MOD.92 – Ficha de inscrição e guião de entrevista inicial**: identificação do voluntário, experiências anteriores de voluntariado, atividades preferenciais e disponibilidade pessoal;
- Avaliação da entrevista para análise do cumprimento dos critérios para admissão, nomeadamente as motivações (cf. Condições/critérios no **DOC.13 – Guia do Voluntário Hospitaleiro**, p. 13);



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

- Aceitação do Voluntário expressa na assinatura do **MOD.93 – Orientações práticas para o voluntariado assistencial.**

6.3 Etapa de integração

Esta etapa engloba:

- Acolhimento inicial e entrega do **DOC.13 – Guia do Voluntário Hospitaleiro;**
- Apresentação do **MOD.95 – Monitorização de presenças**, do **MOD.96 – Ficha de avaliação do voluntário** e do **MOD.97 – Compromisso do voluntário;**
- Apresentação da Instituição nas vertentes da sua missão, visão, valores, atividade assistencial, serviços;
- Apresentação do voluntário ao coordenador da Unidade/serviço que o vai receber; e apresentação a este do espaço onde ele vai colaborar;
- Elaboração do projeto de intervenção no Estabelecimento de saúde (**MOD.94 – Projeto do voluntário**) sob a orientação conjunta do Enfermeiro Chefe e do Coordenador do Voluntariado;
- Integração no Dossier dos Voluntários, arquivado na unidade/serviço onde o voluntário vai prestar colaboração, dos elementos constantes da **INS.21 – Constituição do dossier dos voluntários;**
- A assinatura do «Compromisso de Voluntário» (**MOD.97**) fecha esta etapa, e pode ser solicitada após um mês de experiência permitindo, assim, expressar de forma mais consciente a sua adesão.
- O IIHSCJ assegura a cobertura dos riscos a que o voluntário está sujeito e dos prejuízos que pode provocar a terceiros no exercício da sua actividade, segundo a legislação em



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

vigor e as condições das seguradoras. O seguro correspondente será ativado depois de o voluntário ter assinado o **MOD.97 – Compromisso do voluntário**.

6.4 Etapa de desenvolvimento e acompanhamento

Para satisfação do voluntário e eficácia da sua ação solidária, existe o acompanhamento individual e de grupo prestado pelo serviço de voluntariado, e outras formas que estimulam a melhoria contínua, a saber:

- Apoio sob forma de tutoria por parte do coordenador do voluntariado ou de quem ele determine;
- Participação nas ações de formação específica e outras que o serviço de voluntariado venha a propor;
- Participação em realizações institucionais significativas referentes à identidade e cultura hospitaleira;
- Registo do movimento estatístico do voluntariado no **MOD.98 – Base de dados dos voluntários**;
- Quando for solicitado, poderá ser passado o **MOD.184 – Declaração de voluntariado**, que será assinado pela direção e validado com o selo da Instituição e do qual se guarda cópia no processo do voluntário.

6.5. Etapa de avaliação

O princípio da convergência determina a harmonização da ação do voluntário com a cultura e valores institucionais; e a especificidade da missão hospitaleira pede programas de ação adaptados a cada área de assistência e às pessoas concretas. A avaliação é um processo



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

transversal que permite conhecer e impulsionar o grau de identificação institucional do voluntário e o cumprimento dos objetivos do projeto que realiza.

- A avaliação é feita de forma informal, no dia a dia, pelo coordenador do voluntariado em contato direto com o voluntário;
- Uma avaliação formal conforme o **MOD.96 – Ficha de avaliação do voluntário** é feita anualmente e tem dois momentos: avaliação conjunta do coordenador do voluntariado com o responsável da unidade/serviço onde o voluntário colabora; entrevista do coordenador do voluntariado com o voluntário. Os resultados desta avaliação registam-se no mesmo modelo (**MOD.96**) e face aos resultados obtidos poderá haver necessidade de readaptação do Projeto do Voluntário (**MOD.94**).

O processo de cada voluntário arquiva-se no Serviço do Voluntariado. Integram este processo os seguintes documentos:

- MOD.92 – Ficha de inscrição e guião de entrevista inicial;
- MOD.93 – Orientações práticas para o voluntariado assistencial;
- MOD.94 – Projeto do voluntário;
- MOD.95 – Monitorização de presenças;
- MOD.96 – Ficha de avaliação do voluntário;
- MOD.97 – Compromisso do voluntário;
- MOD. 184 – Declaração de voluntariado.

7. DESTINATÁRIOS

Este documento destina-se à Direção, responsáveis de unidades e serviços, ao coordenador do serviço de voluntariado e a todos os voluntários dos estabelecimentos de saúde hospitalares.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

VOLUNTARIADO ASSISTENCIAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Coordenação do Voluntariado do IIHSCJ	27-06-2014	Direção do Instituto	19-09-2014	23-09-2014	PRO.08.01

8. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma do processo do voluntariado assistencial;
- DOC.13 – Guia do Voluntário Hospitaleiro;
- INS.21 – Constituição do dossier dos voluntários;
- MOD.65 – Questionários de avaliação do grau de satisfação dos voluntários;
- MOD.92 – Ficha de inscrição e guião de entrevista inicial;
- MOD.93 – Documento de adesão ao voluntariado hospitaleiro;
- MOD.94 – Projeto do voluntário;
- MOD.95 – Monitorização de presenças;
- MOD.96 – Ficha de avaliação do voluntário;
- MOD.97 – Compromisso do voluntário;
- MOD.98 – Base de dados dos voluntários;
- MOD.184 – Declaração de voluntariado.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENN

PROCESSO

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.06.03

1. ÂMBITO

Aplica-se a todas as atividades relacionadas com a Prevenção e Controlo de Infecção dos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ).

2. OBJETIVOS

Uniformizar, implementar e monitorizar os procedimentos e demais atividades que integram o processo de suporte "*Prevenção e controlo de infeção*" dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. DEFINIÇÕES

A **Infeção Associada aos Cuidados de Saúde** (IACS), anteriormente denominada de infeção nosocomial ou hospitalar – é definida como uma infeção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde, que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados, mas que se manifestam após a suspensão dos mesmos, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição. O aparecimento da infeção está ligado à prestação dos cuidados de saúde podendo surgir, embora nem sempre, como consequência da falha de sistemas e processos da prestação de cuidados, bem como do comportamento humano (profissionais, doentes e visitas). Deste modo, representa um crescente problema de segurança dos doentes.

As Precauções Básicas, implementadas em 1988, pelo CDC (*Centers for Disease Control*), englobam todos os princípios essenciais de controlo de infeção que são obrigatórios em qualquer estabelecimento de prestação de cuidados de saúde. Estas aplicam-se a todos os

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.06.03

doentes hospitalizados, independentemente do seu diagnóstico, fatores de risco e presumível estado infeccioso, de modo a diminuir o risco tanto de doentes como de profissionais de contraírem uma infeção.

As linhas orientadoras e definição estratégica da prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde estão descritas no **DNR.09 – Manual de boas práticas em prevenção e controlo de infeção**.

As estratégias de prevenção das IACS, baseadas nas Precauções Básicas, estão descritas nos seguintes procedimentos e respetivas instruções de trabalho:

- **PROC.30 – Precauções básicas do controlo de infeção;**
- **PROC.20 – Higienização de espaços e equipamentos.**

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção Técnica do estabelecimento de saúde a monitorização deste processo garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

A monitorização do processo será realizada através do controlo dos seguintes indicadores:

- Grau de satisfação dos utentes relativamente à higiene dos espaços;
- Nº de não conformidades associadas ao **PRO.06 – Prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde**.



PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.06.03

6. DESCRIÇÃO

6.1. Avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos

Na admissão do utente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos – cf. Anexo 1: *Avaliação do Risco de Infecção*, in **DNR.09 – Manual de boas práticas em prevenção e controlo de infeção**. Esta avaliação é realizada pelo enfermeiro que faz o acolhimento e registada no processo clínico, devendo ser atualizada de acordo com a situação clínica e servir de orientação à decisão acerca do local onde o utente deve ser acomodado.

6.2. Planeamento e execução de medidas preventivas e de controlo de infeção

No planeamento e execução de medidas preventivas e de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde deverá ter-se em conta o plano de higienização do ambiente, seguindo o **PROC.20 – Higienização de espaços e equipamentos**, e o **PROC.30 – Precauções básicas de controlo de infeção**, segundo a Norma da Direção Geral de Saúde, Norma 029/2012.

6.3. Registo de limpeza

Todas as atividades de higienização são registadas no modelo específico consoante a área considerada.

6.4. Verificação das atividades de limpeza

O enfermeiro chefe e/ou encarregada de unidade são responsáveis por garantir que são realizadas auditorias internas de acordo com as orientações anexas do **DNR.09 – Manual de boas práticas em prevenção e controlo de infeção**.

O relatório de auditoria deverá ser enviado ao responsável pelo **PRO.06 – Prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde**, acompanhado pelo **MOD.02 – Nota interna**.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Direção da Qualidade IIHSCJ	12-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.06.03

7. DESTINATÁRIOS

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

8. ANEXOS

- DNR.09 – Manual de boas práticas em prevenção e controlo de infeção;
- INS. 16 – Higiene das mãos;
- INS. 17 – Etiqueta respiratória;
- INS. 18 – Equipamento de proteção individual;
- INS. 19 – Manuseamento seguro de roupa;
- INS. 20 – Recolha segura de resíduos;
- INS. 22 – Derrame de sangue e fluidos;
- INS. 23 – Material e equipamentos de limpeza;
- INS. 24 – Recomendações para uso de desinfetantes;
- INS.29 – Acidentes com exposição ao sangue;
- MOD.02 – Nota interna;
- PROC.20 – Higienização de espaços e equipamentos;
- PROC.30 – Precauções básicas de controlo de infeção.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

SERVIÇOS DE APOIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.04.02

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com os Serviços de Apoio à prestação dos serviços aos utentes.

2. OBJETIVOS

Estabelecer regras gerais para as atividades de receção, serviços gerais, lavandaria e costura, manutenção de instalações e equipamentos, gestão de recursos, cozinha, cafetaria, cabeleireiro e armazém geral.

3. DEFINIÇÕES

HACCP – *Hazard Analysis and Critical Control Points*. É um sistema de gestão de segurança alimentar que se baseia na análise das diversas etapas da produção de alimentos, analisando os perigos potenciais à saúde dos consumidores e determinando medidas preventivas para controlar esses perigos através de pontos críticos de controlo.

Manutenção – Conjunto de atividades e recursos aplicados aos sistemas e equipamentos, visando garantir a continuidade de sua função dentro de parâmetros de disponibilidade, de qualidade, de prazo, de custos e de vida útil adequados.

Equipamentos de Monitorização e Medição (EMM) – Instrumento de medição, software, padrões de medição, materiais de referência ou aparelhos auxiliares ou uma das suas combinações, necessários para realizar um processo de medição.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

SERVIÇOS DE APOIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.04.02

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção Administrativa e Direção de Enfermagem dos estabelecimentos de saúde a implementação deste processo, estabelecendo objetivos e garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

- Custos de material hoteleiro [(contas 31482 – 317482 – 318482) + 62382];
- Custos de material de escritório/papelaria: [(contas 31484 – 317484 – 318484) + 6233];
- Custos de material de manutenção e conservação [(contas 31485 – 317485 – 318485) + 6226];
- N.º de não conformidades associadas ao **PRO.04 – Serviços de apoio** (documentação específica do HACCCP; PRESMED e outros relatórios);
- Taxa de cumprimento do plano de manutenção de equipamentos.

6. DESCRIÇÃO

6.1. SERVIÇO DE RECEÇÃO

É da responsabilidade do serviço de receção o atendimento e acolhimento das pessoas que chegam aos estabelecimentos de saúde, bem como o atendimento e encaminhamento das chamadas telefónicas. Cabe ao serviço de receção a vigilância e controlo das entradas e saídas de pessoas e veículos da Instituição, segundo orientações do Regulamento Funcional do Estabelecimento de saúde. Todas as ocorrências/notificações deverão ser remetidas no **MOD.02 – Nota interna**, ou em relatório próprio da empresa contratada à Direção Administrativa.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

SERVIÇOS DE APOIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.04.02

6.2. SERVIÇOS GERAIS

É da responsabilidade dos serviços gerais colaborar na adequada manutenção da higiene e arrumo das instalações através do seu planeamento, execução e verificação.

As principais atividades respeitantes à higienização das instalações encontram-se descritas no **PROC.20 – Higienização de espaços e equipamentos.**

6.3. TRATAMENTO DE ROUPAS

É da responsabilidade do serviço de lavandaria assegurar a gestão integrada de todo o processo de tratamento de roupa desde a recolha até à entrega aos vários serviços/unidades da Instituição, segundo as normas em vigor.

É da responsabilidade do serviço de costura o acondicionamento, identificação e reparação de roupa dos vários serviços da Instituição, nomeadamente o fardamento e roupa de hotelaria.

Para cada produto a utilizar na lavandaria, deve existir uma ficha técnica, em local visível, com o nome do produto, modo de utilização, medidas de precaução e armazenamento. Todos os recipientes devem estar rotulados e identificados.

As principais atividades respeitantes ao tratamento de roupas encontram-se descritas no **PROC.13 – Ciclo de tratamento de roupas.**

6.4. MANUTENÇÃO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

É da responsabilidade do Serviço de Manutenção manter a segurança e fiabilidade dos equipamentos, máquinas e ambiente de trabalho, através de atividades de reparação,



SERVIÇOS DE APOIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.04.02

conservação, deteção de avarias, substituição de peças, testes, medição e inspeção, canalização, eletricidade, pintura, entre outras.

As principais atividades respeitantes à manutenção de equipamentos encontram-se descritas no **PROC.14 – Manutenção e controlo de equipamentos** e na **INS.26 – Controlo de equipamentos de monitorização e medição**.

6.5. GESTÃO DE TRANSPORTES, SALAS E EQUIPAMENTOS

É da responsabilidade do serviço administrativo assegurar o planeamento dos transportes de utentes e profissionais em serviço, e a alocação de salas e equipamentos através de um sistema de comunicação e informação que permita o planeamento atempado dos recursos referidos.

As principais atividades respeitantes à gestão de recursos encontram-se descritas no **PROC.22 – Gestão de transportes, salas e equipamentos**.

6.6. COZINHA E CAFETARIA

É da responsabilidade do serviço de cozinha e cafetaria a receção, armazenamento, preparação, confeção e distribuição de produtos alimentares, segundo as normas de higiene e segurança alimentar (HACCP), com exceção dos serviços que estão subcontratados a empresas.

6.7. CABELEIREIRO

É da responsabilidade do serviço cabeleireiro colaborar na promoção e manutenção da boa imagem estética dos utentes, relacionado com o tratamento ou o embelezamento dos cabelos.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

SERVIÇOS DE APOIO

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.04.02

6.8. ARMAZÉM GERAL

É da responsabilidade do armazém geral fornecer produtos de higiene pessoal, vestuário e acessórios diversos.

7. DESTINATÁRIOS

Aplica-se a todos os profissionais que intervêm nos Serviços de Apoio nos Estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

8. ANEXOS

- PROC.13 – Ciclo de tratamento de roupas;
- PROC.14 – Manutenção e controlo de equipamentos;
- PROC.20 – Higienização de espaços e equipamentos;
- PROC.22 – Gestão de transportes, salas e equipamentos;
- INS.26 – Controlo de equipamentos de monitorização e medição.



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

PROCESSO

SERVIÇOS DE SUPORTE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.03.02

1. ÂMBITO

Aplica-se aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) no que respeita às atividades relacionadas com a gestão de Stock de Medicamentos e Serviço de Esterilização.

2. OBJETIVOS

Estabelecer regras gerais para as atividades do Stock de Medicamentos e Serviço de Esterilização.

3. DEFINIÇÕES

Gestão de stock de medicamentos – Atividades sequenciais no armazém de farmácia que garantem a manutenção do equilíbrio entre o stock necessário e a dispensa de medicamentos aos utentes internados, em dose unitária.

Esterilização – Processo que promove a completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes para um aceitável nível de segurança.

4. RESPONSABILIDADES

Compete à Direção de Enfermagem dos estabelecimentos de saúde a implementação deste processo, estabelecendo objetivos e garantindo o seu cumprimento.

5. INDICADORES

- Taxa de rutura de stock de medicamentos;



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

SERVIÇOS DE SUPORTE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.03.02

- N.º de não conformidades associadas ao **PRO.03 – Serviços de suporte**.

6. DESCRIÇÃO

As principais atividades respeitantes ao Processo Serviços de Suporte são as seguintes:

6.1. ÁREA DE STOCK DE MEDICAMENTOS

A gestão de stock de medicamentos é o processo que permite garantir as boas práticas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e de material de consumo clínico, através de:

- Manuseamento dos produtos rececionados sem prejuízo destes, nem danos nos utilizadores, de forma a assegurar a manutenção da qualidade que o produto apresenta à saída da produção;
- Armazenamento, embalamento e expedição dos produtos em condições adequadas.

As principais atividades relacionadas com o circuito da medicação nos estabelecimentos de saúde estão definidas no Manual "**Módulo de Stocks**". Em caso de inconformidades na preparação das boxes, deverá ser feito registo no **MOD.215 – Inconformidades na preparação das boxes**.

6.2. ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO

O Serviço de Esterilização é um serviço de suporte à atividade dos estabelecimentos de saúde e tem como finalidade assegurar o processamento dos dispositivos médicos reutilizáveis na prestação de cuidados ao utente, seguindo as normas em vigor.

A atividade diária inclui:



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENINI

PROCESSO

SERVIÇOS DE SUPORTE

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Equipas da Qualidade	17-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PRO.03.02

- Rececionar dispositivos médicos reutilizáveis a serem alvo de processamento;
- Preparar e rotular os dispositivos médicos rececionados;
- Assegurar a esterilização dos dispositivos médicos reutilizáveis;
- Distribuir todo o material processado;
- Assegurar o fornecimento de compressas estéreis aos serviços utilizadores;
- Promover junto dos serviços utilizadores, ações condutoras de boas práticas no armazenamento de materiais estéreis.

As principais atividades relacionadas com o circuito da esterilização estão definidas conforme **PROC. 19– Circuito da esterilização.**

7. DESTINATÁRIOS

Este procedimento destina-se aos profissionais do Stock de Medicamentos, Serviço de Esterilização e pessoal de Enfermagem dos estabelecimentos de saúde.

8. ANEXOS

- Manual “Módulo de Stocks”;
- PROC.19 – Circuito de esterilização;
- MOD.215 – Inconformidades na preparação das boxes.



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

1. ÂMBITO

Aplicável aos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ), no que respeita à Gestão Documental, que integra os Documentos Estratégicos, Documentos Normativos e/ou Regulamentares, Políticas/Compromissos Institucionais, Processos, Procedimentos, Instruções de Trabalho, Modelos e demais Documentos Operacionais dos estabelecimentos de saúde.

2. OBJETIVOS

Estabelecer as regras para a elaboração, aprovação e controlo de documentos e de registos relativos ao sistema de gestão documental dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ.

3. RESPONSABILIDADES

DOCUMENTOS INTERNOS			
Tipo de documento	Proposta de documento/elaboração	Formatação e codificação	Autorização/aprovação
Documento estratégico	DI	Gestão Documental Sede	Direção do Instituto
Documento normativo e/ou Regulamentar	DI		
Compromisso institucional	DI		
Processo	RP		
Procedimento	RP		
Instrução de trabalho	RP		
Modelo	GQ; RP		
Documento operacional	DI; DG; DC; DE; DA; RS		



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCEDIMENTO

GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

DOCUMENTOS EXTERNOS

Tipo de Documento	Registo	Autorização
Documento normativo (ex. Infarmed, Legislação, DGS)	SA	DG
Documento para divulgação (ex. formações, panfletos)		

Legenda:

DI	Direção do Instituto
DG	Diretor/a Gerente
DC	Direção Clínica
DE	Direção de Enfermagem
DA	Direção Administrativa
GQ	Gestor da Qualidade
RP	Responsável de Processo
RS	Responsável de Serviço
SA	Secretariado Administrativo

4. DEFINIÇÕES

Documento estratégico (DE) – Documento que marca grandes linhas orientadoras a diferentes níveis: Instituto/estabelecimentos de saúde.



Irmãs
Hospitaleiras
CASA DE SAÚDE BENTO MENIN

PROCEDIMENTO

GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

Documento normativo e/ou regulamentar (DNR) – Documento de caráter legislativo, normativo, regulamentar ou outras instruções que definam a estrutura/organização e funcionamento dos serviços do IIHSCJ.

Compromisso institucional (COM.) – Documento que estabelece orientações de intervenção global e/ou sectorial dos estabelecimentos de saúde, tendo em vista a concretização da sua missão;

Processo (PRO.) – Documento que define o conjunto de atividades interrelacionadas que utilizam recursos definidos e que transformam entradas em saídas, das quais depende a obtenção de resultados;

Procedimento (PROC.) – Documento que especifica a forma de realização de uma atividade ou um processo;

Instrução de trabalho (INS.) – Documento que descreve as etapas de realização de uma atividade;

Modelo (MOD.) – Documento de registo normalizado;

Registo – Documento que expressa resultados obtidos ou fornece evidência das atividades realizadas.

Documentos operacionais (DOC.) – Todos os restantes documentos que dizem respeito ao estabelecimento de saúde, tais como Manuais, Planos, Relatórios, Guias, entre outros.



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

5. DESCRIÇÃO

5.1 ESTRUTURA DOS DOCUMENTOS

Os **Documentos estratégicos** não têm estrutura pré-definida, devendo ser adaptados à sua finalidade.

Os **Documentos normativos e/ou regulamentares** não têm estrutura pré-definida, devendo ser adaptados à sua finalidade.

Os **Compromissos institucionais** deverão conter, no mínimo:

1. Âmbito: enuncia o campo de aplicação a que o documento respeita;
2. Descrição: enumeração e apresentação das atividades a que o documento respeita;
3. Referências: legislação e/ou documentos relacionados com o documento elaborado.

Os **Processos** deverão conter, no mínimo:

1. Âmbito: anuncia o campo de aplicação a que o documento respeita;
2. Objetivos: alvo ou fim que se pretende atingir com o documento;
3. Responsabilidades: responsável e intervenientes no processo;
4. Definições: definição de conceitos utilizados;
5. Indicadores: indicadores de gestão/desempenho;
6. Descrição: enumeração e apresentação das atividades a que o documento respeita, matriz de responsabilidades e intervenientes, matriz de entradas/saídas e documentos/registos associados;
7. Destinatários: profissionais a quem se destina o documento;
8. Anexos (caso seja aplicável).

Os **Procedimentos** deverão conter, no mínimo:

1. Âmbito: enuncia o campo de aplicação a que o documento respeita;



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

2. Objetivos: alvo ou fim que se pretende atingir com o documento;
3. Responsabilidades: profissionais envolvidos nas várias fases de desenvolvimento do procedimento;
4. Definições: definição de conceitos utilizados;
5. Descrição: enumeração e apresentação das atividades a que o procedimento respeita;
6. Destinatários: profissionais a quem se destina o documento;
7. Anexos (caso seja aplicável).

As **Instruções de trabalho** não têm estrutura pré-definida, devendo ser adaptadas à sua finalidade.

Os **Modelos** são adaptados à sua finalidade e têm sempre o logótipo e morada do estabelecimento de saúde. Além destes logótipos, poderão, excecionalmente, ser acrescentados outros, para tal a Direção do estabelecimento de saúde deve solicitá-lo à Direção da Qualidade do Instituto, através de Nota Interna, que analisará a pertinência do pedido e se está em conformidade com a imagem corporativa da instituição. Estas alterações não dão origem a uma nova versão do documento (mantendo-se a codificação), mas implicam nova disseminação pelo estabelecimento de saúde e comunicação ao Gestor da Qualidade.

Os **Documentos operacionais** não têm estrutura pré-definida, devendo ser adaptados à sua finalidade.

Os **Documentos estratégicos, Documentos normativos e/ou regulamentares** e os **Compromissos institucionais** deverão ser apresentados a todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ pela Direção. Os restantes documentos poderão ser



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

apresentados e disseminados por quem a Direção do estabelecimento de saúde responsabilizar.

De forma a especificar as dinâmicas de cada um dos estabelecimentos de saúde, poderão ser registados em Ata de Conselho de Direção os procedimentos específicos inerentes ao estabelecimento de saúde, previamente aprovados pela Direção da Qualidade do IIHSCJ. A sua disseminação deverá ser assegurada através de **Circular (MOD.01)**, elaborada pelo Diretor Gerente. Esta será anexada ao procedimento respetivo e deverá ser arquivada no dossier da documentação vigente.

Estas circulares deverão ser do conhecimento da Direção da Qualidade do IIHSCJ.

De modo a garantir-se o controlo e correspondência entre a Circular que divulga dinâmicas específicas e os procedimentos a que se reporta, o Gestor da Qualidade deverá manter atualizado o **MOD.213 – Controlo de circulares associadas a processos/procedimentos**.

5.2 FORMATAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os seguintes documentos devem ser elaborados de acordo com os modelos apresentados:

Designação do documento	Modelo	Designação do modelo
Compromisso institucional	MOD.19	Formatação de compromissos institucionais
Processo	MOD.17	Formatação de processos
Procedimento	MOD.18	Formatação de procedimentos
Instrução de trabalho	MOD.113	Formatação de instruções de trabalho



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

5.3 FLUXOGRAMA DE CONTROLO DE DOCUMENTOS INTERNOS

As principais atividades respeitantes ao controlo dos documentos internos estão definidas no **Anexo 1.0 – Fluxograma de controlo de documentos internos.**

Qualquer profissional dos estabelecimentos de saúde pode identificar necessidades de elaboração/revisão de um procedimento ou modelo solicitando-o junto do seu responsável direto, que o apresentará à direção ou coordenação respetiva, que por sua vez, oportunamente, formulará a proposta e a apresentará ao Gestor da Qualidade, acompanhada de **Nota interna (MOD.02)** justificativa.

O Gestor da Qualidade procede ao registo no **MOD.15 – Registo de proposta de documentos** e encaminha a proposta para o Diretor Gerente. Após a sua validação será enviada à Gestão Documental – Sede, acompanhada de nota interna, que procede ao respetivo registo no modelo definido – **MOD.09 – Registo de documentos em aprovação/emissão.**

A Gestão Documental – Sede remete à Direção da Qualidade do Instituto a solicitação, que avaliará a sua pertinência. Se for pertinente a sua implementação, caberá à Gestão Documental – Sede a elaboração/revisão e codificação do documento. Se não for considerada oportuna a revisão/implementação do documento este é arquivado. A decisão de autorização/aprovação do documento é registada pela Gestão Documental – Sede no **MOD.09 – Registo de documentos em aprovação/emissão.**

A codificação adotada utiliza numeração sequencial para o mesmo tipo de documentos e é constituída por dois números separados por um ponto. O primeiro n.º corresponde ao n.º do documento e o segundo ao n.º de revisão (nota: no documento original, o segundo n.º é sempre 0). O n.º é precedido das siglas do tipo de documento, conforme descrito em **"4. DEFINIÇÕES"**:



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

	Tipo	Letra/Nº	Revisão	Código
Documentos Estratégicos	DE.	01.	00	DE.01.00
Documentos Normativos e Regulamentares	DNR.	01.	00	DNR.01.00
Políticas/Compromisso Institucional	COM.	01.	00	COM.01.00
Processos	PRO.	01.	00	PRO.01.00
Procedimentos	PROC.	01.	00	PROC.01.00
Instruções de Trabalho	INS.	01.	00	INS.01.00
Modelos	MOD.	01.	00	MOD.01.00
Documentos operacionais	DOC.	01.	00	DOC.01.00

Nota: Quando são referenciados os documentos descritos na tabela, não é incluído no código o número correspondente à revisão.

A codificação encontra-se registada na caixa "código" (documentos com estrutura pré-definida) ou no canto inferior esquerdo (documentos sem estrutura pré-definida).

Em caso de autorização/aprovação, a decisão é registada em Ata de Direção do Instituto. A Gestão Documental – Sede regista a decisão no **MOD.09 – Registo de documentos em aprovação/emissão** e no **MOD.12 – Mapa de documentação vigente**. Este documento integra toda a documentação do IIHSCJ, independentemente de ser aplicado ou não a todos os estabelecimentos de saúde, cabendo ao Gestor da Qualidade preencher na coluna "Aplicável" se se aplica (selecionando "Sim") ou não (selecionando "Não").

A Gestão Documental – Sede procede ao envio dos novos documentos via email, acompanhados de Nota interna, do **MOD.12 – Mapa de documentação vigente** e de

GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

Circular da Direção do IIHSCJ, dirigida à Superiora Local e/ou ao Diretor/a Gerente, que por sua vez reencaminhará o email aos restantes membros de direção e ao Gestor da Qualidade. O novo documento entrará em vigor no máximo até 30 dias após envio à Direção do estabelecimento de saúde.

O Gestor da Qualidade envia aos respetivos destinatários o novo documento, registando este procedimento no **MOD.10 – Protocolo de entrega de documentação no serviço**.

O responsável de serviço deverá assegurar que todos os elementos da sua equipa tomaram conhecimento do novo documento, utilizando o **MOD.11 – Tomada de conhecimento de entrega de documentação no serviço**, que depois de preenchido será devolvido ao Gestor da Qualidade. Nos serviços, os documentos são arquivados na pasta de disseminação da documentação vigente (*Manual de Procedimentos de Arquivo*, p.55/57), para que a sua consulta esteja acessível a todos os elementos.

A Gestão Documental – Sede arquiva o original do documento e o Gestor da Qualidade de cada estabelecimento de saúde procede ao arquivo do documento aprovado no Dossier "Documentos do sistema de gestão da qualidade – Documentação vigente" – com o código de classificação 01.20.01, e cópia digital em pasta informática com o mesmo título e código de classificação. O Gestor da Qualidade fica também responsável pela atualização do registo da documentação no **MOD.09 – Registo de documentos em aprovação/emissão**, que atualiza de acordo com o **MOD.12 – Mapa de documentação vigente** enviado pela Gestão Documental – Sede.

Quando é aprovada uma nova versão, os documentos obsoletos deverão ser logo recolhidos e arquivados pelo Gestor da Qualidade, ou por quem ele delegue, no Dossier e pasta informática "Documentos específicos do SGQ: documentos obsoletos" – com o código de classificação 01.20.08. Será utilizado o **MOD.13 – Protocolo de devolução de documentos obsoletos**.



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

O código do documento refletirá a nova versão e os modelos obsoletos serão identificados com registo próprio ("Obsoleto").

5. 4 REVISÃO DOS DOCUMENTOS

Os documentos serão revistos anualmente, no mês de maio, e sempre que se justifique. No momento da revisão serão envolvidos os intervenientes no processo.

5.5 CONTROLO E DIVULGAÇÃO DE DOCUMENTOS EXTERNOS

A característica deste tipo de documento, que o define como externo, é o fato de ser gerado por outra organização, ao contrário dos documentos internos que são emitidos pelo IIHSCJ ou pelos estabelecimentos de saúde. Devemos reter/registar os documentos externos que têm impacto direto na prestação de serviços, nomeadamente: legislação, diretrizes, normas, publicações técnicas, etc., cabendo a cada estabelecimento de saúde determinar quais são necessários para o planeamento e operação do SGQ.

As principais atividades respeitantes ao controlo dos documentos de entidades externas estão definidas no **Anexo 2.0 – Fluxograma de controlo e divulgação de documentos externos**.

Após a receção dos documentos pelo Diretor Gerente, este analisa e encaminha-os para os membros da Direção que avaliarão a sua relevância para a missão do estabelecimento de saúde e dinâmica do SGQ, reportando ao Diretor Gerente o seu parecer por email. Em caso de autorização, o documento é assinado pelo Diretor Gerente e o Secretariado da Direção/Administrativo regista-o, utilizando o **MOD.14 – Registo de controlo de divulgação de documentos externos**. Seguidamente o Secretariado Administrativo procede à sua distribuição e assegura a tomada de conhecimento dos destinatários do documento, utilizando o **MOD.10 – Protocolo de entrega de documentação no serviço**. O original do



GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

documento deverá ser arquivado pelo serviço destinatário ou pela Direção afeta (no caso de vários serviços), de acordo com o **DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos estabelecimentos de saúde**.

5.6 ARQUIVO

Todos os documentos depois de trabalhados segundo a sua tramitação própria deverão ser arquivados em pastas devidamente classificadas de acordo com o Plano de Classificação Documental e posteriormente transitarão para o Arquivo Central. Todo o tratamento documental associado à fase de produção e arquivo está descrito no **DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos estabelecimentos de saúde**, que por todos deverá ser seguido e aplicado.

6. DESTINATÁRIOS

Todos os profissionais dos estabelecimentos de saúde.

7. ANEXOS

- Anexo 1.0 – Fluxograma de controlo de documentos internos;
- Anexo 2.0 – Fluxograma de controlo e divulgação de documentos externos;
- DOC.01 – Manual de procedimentos de arquivo dos estabelecimentos de saúde;
- MOD.02 – Nota interna;
- MOD.09 – Registo de documentos em aprovação/emissão;
- MOD.10 – Protocolo de entrega de documentação no serviço;
- MOD.11 – Tomada de conhecimento de entrega de documentação no serviço;
- MOD.12 – Mapa de documentação vigente;
- MOD.13 – Protocolo de devolução de documentos obsoletos;



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENN

PROCEDIMENTO

GESTÃO DOCUMENTAL

ELABORADO POR:	DATA:	APROVADO POR:	DATA:	EM VIGOR A PARTIR DE:	CÓDIGO
Gestão Documental – Sede	26-06-2014	Direção do Instituto	08-09-2014	12-09-2014	PROC.01.03

- MOD.14 – Registo de controlo e divulgação de documentos externos;
- MOD.15 – Registo de proposta de documentos;
- MOD.17 – Formatação de processos;
- MOD.18 – Formatação de procedimentos;
- MOD.19 – Formatação de compromissos institucionais;
- MOD.113 – Formatação de instruções de trabalho;
- MOD.213 – Controlo de circulares associadas a processos/procedimentos.



**Irmãs
Hospitaleiras**

CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

RELATÓRIO DE REVISÃO 2014



Índice

1 - Introdução	4
2 - Análise do Sistema de Gestão da Qualidade	5
2.1 - Liderança.....	5
2.1.1 - Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade	5
2.1.2 - Planeamento anual	7
2.1.3 - Comunicação	16
2.1.4 - Contributo para a sociedade	24
2.2 - Recursos Humanos.....	27
2.2.1 - Gestão de Recursos Humanos	28
2.2.3 - Qualificação e desenvolvimento dos colaboradores.....	30
2.2.4 - Envolvimento dos colaboradores.....	32
2.3 - Direitos.....	38
2.3.1 - Direitos e deveres dos utentes.....	38
2.3.2 - Gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos	40
2.3.3 - Autodeterminação	43
2.4 - Ética.....	46
2.4.1 - Política e Código de Ética	46
2.4.2 - Prevenção e gestão de situações de abuso físico, mental e financeiro dos clientes	47
2.4.3 - Saúde e Segurança	48
2.4.4 - Política e Procedimentos de salvaguarda da confidencialidade	50
2.4.5 - Papéis e responsabilidades	52
2.5 - Parcerias	52



2.6 - Participação	53
2.6.1 - Envolvimento dos utentes	54
2.6.2 - Empowerment dos utentes	55
2.7 - Orientação para o cliente	56
2.7.1 - Identificação das necessidades e expectativas	57
2.7.2 - Planeamento Individual	59
2.8 - Abrangência.....	62
2.8.1 - Processo de prestação do serviço.....	63
2.8.2 – Continuidade da prestação dos serviços.....	65
2.8.3 - Abordagem holística.....	66
2.9 - Orientação para os resultados.....	71
2.9.2 - Reporte de resultados.....	76
2.10 - Melhoria Contínua	80
2.10.1 - Ciclo de Melhoria Contínua	80
2.10.2 - Inovação	83
3 - Conclusões	85



1 – Introdução

O presente relatório pretende apresentar os dados decorrentes do sistema de gestão da qualidade referentes ao ano de 2014 e efetuar uma análise crítica do desempenho, adequação e eficácia do mesmo. Pretende-se ainda apresentar as melhorias a introduzir face à análise dos resultados.

Este documento está estruturado segundo dos princípios e dimensões do modelo EQUASS - European Quality in Social Services (2012), tendo em conta os critérios e indicadores subjacentes ao mesmo.

O modelo (MOD. 106.02) de relatório foi objeto de revisão em Setembro de 2014, de forma a evidenciar melhor os resultados obtidos e a análise ir de encontro ao modelo EQUASS.

Durante o ano de 2014, existiram algumas condicionantes que afetaram o sistema de gestão da qualidade, nomeadamente 2 elementos da equipa da qualidade, sendo um deles a Gestora da Qualidade, estiveram ausentes meio ano por gozo de licença de maternidade.

Face a esta ocorrência a equipa da qualidade de forma a minimizar o impacto de possíveis situações de ausência de elementos chave irá nomear dentro dos elementos que a constituem os seus substitutos.

Tendo ainda em conta a maturidade do sistema de qualidade implementado, na apresentação dos resultados, sempre que possível são apresentados os dados comparativos de anos anteriores.



2 – Análise do Sistema de Gestão da Qualidade

2.1 – Liderança

O IIHSCJ considera a liderança como um princípio dinamizador e fundamental para a garantia da qualidade. Empenhamo-nos em impulsionar um estilo de liderança que promove o desenvolvimento e a inovação, assegurando a adoção de boas práticas, a otimização dos recursos e a orientação para a prossecução dos fins institucionais.

Foi promovido pela sede um curso de liderança para enfermeiros chefes (42 horas) no qual participaram dois elementos da equipa de enfermagem: Marco Martins (enfermeiro chefe) e Rui Costa (enfermeiro).

2.1.1 – Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade

A política da qualidade é o COM 01.01 estando em vigor desde Maio de 2013. A política em vigor foi analisada para esta revisão no que diz respeito ao alinhamento e coerência face à missão, visão, valores, posicionamento e objetivos estratégicos do centro, tendo sido considerada adequada e por isso mantêm-se na sua totalidade. A missão, visão e valores não necessitam de alterações.

Das formações contempladas no plano de formação 2014: curso *básico de identidade institucional* para novos profissionais do quadro de recursos humanos e curso de *identidade institucional* para todos os profissionais de forma a reforçar a interiorização destes itens. Foi ainda implementado o processo de tutoria de integração e acompanhamento de novos colaboradores.

Realizamos também uma ação de sensibilização e aprofundamento das cartas de S. Bento Menni, através de cartazes afixados no placar do Bar realizados por grupos de trabalho constituídos por profissionais e Irmãs, utentes e voluntários. Esta dinâmica teve como objetivo assinalar o centenário (1914-2014) da morte do fundador da Obra Hospitaleira.



A avaliação do conhecimento dos profissionais sobre este ponto tem sido efetuada através de: avaliação de conhecimentos da formação sobre essas temáticas; entrevistas em auditorias internas; entrevista de avaliação de desempenho e reuniões/formações do sistema de gestão da qualidade. Desta avaliação tem-se constatado que os profissionais possuem um adequado conhecimento da missão, visão, valores e política da qualidade da organização pelo que se consideram eficazes as formações/reflexões sobre esta temática. De seguida apresentamos alguns resultados.

No questionário de satisfação dos profissionais a questão 1 (*como é chamado a comprometer-se com a missão, visão e valores da instituição*), obteve um nível de satisfação de 98%.

Da avaliação de impacto do curso básico de identidade institucional 100% dos profissionais considera que o mesmo lhes proporcionou *competências e conhecimentos* que aplica no trabalho. As chefias consideraram que os *comportamentos estão ajustados à missão e valores* e que a formação melhorou o *nível de conhecimento* dos colaboradores.

Do *curso de identidade institucional* os profissionais consideraram que este teve um impacto muito positivo, uma vez houve um *aumento do conhecimento da missão e valores* contribui para a qualidade de vida dos utentes, compreensão de como pode ajustar à sua prática a missão e valores da instituição. Para a chefia houve uma *melhoria a nível de atitudes específicas* assim como comportamentos ajustados à missão e aos valores.

Relativamente à avaliação de desempenho, os profissionais obtiveram resultados satisfatórios nos itens missão e valores. Na missão **93%** dos colaboradores conhece e revela interesse ou conhece e divulga. E na identificação com os valores hospitalares **97%** dos colaboradores conhece e põe em prática e conhece identifica-se, procura viver e transmiti-los.



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SENTIDO DE PERTENÇA	1 NÃO CONHECE	2 POUCO CONHECIMENTO	3 CONHECE E REVELA INTERESSE EM SABER MAIS	4 CONHECE E DIVULGA
Conhecimento da missão hospitaleira	0	5	65	2

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SENTIDO DE PERTENÇA	1 NÃO CONHECE	2 CONHECE MAS NÃO SE EMPENHA EM VIVE-LOS	3 CONHECE E PÕE PRÁTICA	4 CONHECE IDENTIFICA-SE PROCURA VIVER TRANSMITI-LOS
Identificação com os valores hospitalieiros	0	2	66	4

Este é um dos campos que obtêm uma avaliação muito positiva, mas ainda assim, a direção da Casa de Saúde Bento Menni considera ser este um pilar basilar do centro hospitaleiro e propõe que se continue a incluir ações de sensibilização, reflexão, formação e outras.

2.1.2 – Planeamento anual

O planeamento estratégico e anual encontra-se descrito no processo de gestão e melhoria contínua (PRO.01), este processo tem sido revisto e encontra-se na versão 0.3 de Setembro de 2014.

O PRO.01 gestão e melhoria contínua tem como objetivo definir e uniformizar orientações estratégicas gerais que garantam a gestão e melhoria contínua em conformidade com as diretrizes globais da Instituição, assim como determinar e proporcionar os recursos necessários para melhorar a eficácia dos serviços e consequentemente aumentar a satisfação dos utentes e restantes partes interessadas. Garantindo-se assim uma gestão dos processos que assegurem a melhoria contínua.



A definição dos objectivos e acções do plano de gestão anual é efetuada anualmente pelo conselho de direcção conforme diretrizes enviadas pela direcção do Instituto. A partir dos objectivos definidos pelo conselho de direcção, os responsáveis das unidades/serviços elaboram o plano anual da unidade/serviço. O plano de gestão integra o contributo de todas as unidades/serviços e após aprovação pelo conselho de direcção é enviado para discussão e aprovação pela direcção do Instituto. Os planos anuais tem uma frequência de monitorização quadrimestral, durante a qual é efetuada não só a revisão dos objetivos e metas como são definidas ações para a concretização dos mesmos.

Análise de resultados

MONITORIZAÇÃO PLANO DE GESTÃO	2012	2013	2014
1º Quadrimestre	89%	85,9%	83,3%
2º Quadrimestre	78%	89,2%	86,7%
3º Quadrimestre *	81%	92,1%	91,9%

★os dados do 3º quadrimestre correspondem ao desempenho global

Verifica-se que o plano de gestão teve taxa muito boa de cumprimento dos objetivos de 91,9%, valor próximo do alcançado em 2013. Apenas não foram realizadas 3 ações (reflexão sobre a espiritualidade da colaboração; aumento do número de consultas externas; auditoria interna a todo o sistema de gestão da qualidade) e consequentemente não se atingiram 100% dos objetivos estabelecidos.

A reflexão sobre a espiritualidade da colaboração não foi possível realizar devido a uma grande sobrecarga de atividades, nomeadamente as calendarizadas para assinalar o centenário da morte de S. Bento Menni e o vigésimo aniversário da CSBM. A auditoria interna a todo o sistema de gestão da qualidade, não foi solicitada uma vez que estiveram ausentes grande parte do ano de 2015, 2 elementos da equipa da qualidade, sobrecarregado assim os restantes constituintes.

Quanto ao aumento do número de consultas externas, foi elaborado um panfleto de divulgação e estão mencionadas em diferentes espaços de comunicação interna e externa, mas ainda não foi possível verificar o retorno desta divulgação, através do aumento de procura e realização da consulta.



Relativamente às ações que não foram realizadas iram ser despoletadas medidas corretivas, nomeadamente serão calendarizadas para o primeiro quadrimestre de 2015.

A instituição monitoriza e avalia o desempenho dos seus processos através da matriz de objetivos (MOD.99). Estes objetivos encontram-se em sintonia com a missão da instituição e com o plano de gestão anual. Os objetivos são acompanhados pelos responsáveis de processo e monitorizados quadrimestralmente. Com o intuito de acompanhar o desenvolvimento do sistema e a implementação de ações preventivas, correctivas e de melhoria a equipa da qualidade reuniu-se mensalmente com o conselho de direção.

Em seguida apresenta-se uma tabela resumida com os resultados anuais por processo dos objetivos da qualidade.

MOD.171 – Matriz de avaliação quadrimestral.

Processo	Objetivos da qualidade	Meta/ Ref.	Resultados
PRO.01 Gestão e melhoria contínua	Garantir o cumprimento de 90% dos objetivos definidos no plano de gestão do centro	Meta: 90% Ref. 2013: 92,1%	91,9% (desvio+ 1,9%) ATINGIDO
	Garantir que 95% das ações corretivas e preventivas implementadas são eficazes	Meta: 95% Ref. 2013: 95%	91% (desvio - 4%) NÃO ATINGIDO
	Desenvolver 95% ações de melhoria eficazes em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e partes interessadas	Meta: 95% Ref. 2013: 95%	50% (desvio - 45%) NÃO ATINGIDO
	Aumentar em a participação e envolvimento das partes interessadas através do número de sugestões apresentadas	Meta: 5 Ref. 2013: 4	1 (desvio -4) NÃO ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos	Meta: 95%	100% (desvio +5%)



PRO.01 Gestão e melhoria contínua	utentes do curto internamento em 95%	Ref. 2013: 100%	ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos utentes do longo internamento em 98%	Meta: 98% Ref. 2013: 98%	91% (desvio - 7%) NÃO ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos F/PS do curto internamento em 100%	Meta: 100% Ref. 2013: 100%	100% ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos F/PS do longo internamento em 95%	Meta: 95% Ref. 2013: 97%	99% (desvio + 2) ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos utentes de consulta externa em 95%	Meta: 95% Ref. 2013: 94%	100% (desvio + 5%) ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação dos profissionais em 95%.	Meta: 95% Ref. 2013: 95%	95% ATINGIDO
	Manter o nível global de satisfação de parceiros e entidades financiadoras.	Meta: 100% Ref. 2013: 100%	100% ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.02 Intervenção clínica no internamento	Garantir uma taxa de cumprimento de objetivos/intervenções da responsabilidade do utente de 5%	Meta: 5% Ref. 2013: sem resultados	7% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de cumprimento dos objetivos dos planos individuais de	Meta: 90% Ref. 2013:	65% (desvio - 25%) NÃO ATINGIDO



PRO.02 Intervenção clínica no internamento	intervenção de 90%.	90%	
	Garantir uma taxa de efetividade na prevenção de quedas de 70%	Meta: 70% Ref. 2013: %	79% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de prevalência de quedas inferior a < 25%	Meta: % Ref. 2013: %	12% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de prevalência de utentes com contenção física inferior a 5%	Meta: % Ref. 2013: %	2,8% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de eventos adversos ocorridos durante a contenção física inferior 2%	Meta: % Ref. 2013: %	0% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de efetividade diagnóstica de úlceras de pressão de 95%	Meta: % Ref. 2013: %	100% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de incidência de úlceras de pressão inferior a 5%	Meta: % Ref. 2013: %	1,2% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de suicídios de 0%	Meta: % Ref. 2013: %	0% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de utentes com incidentes de risco de suicídio inferior 5%	Meta: % Ref. 2013: %	0% ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.03 Serviços de suporte	Manter em 0% a taxa de rupturas de Stock de Medicamentos	Meta: 0% Ref. 2013: 0%	0% ATINGIDO
	Garantir uma taxa de cumprimento do	Meta:	90%



	plano de calibração/verificação de 90%.	90% Ref. 2013: 90%	ATINGIDO
--	---	--------------------------	----------

PROCESSO	OBJETIVOS DA QUALIDADE	META	RESULTADOS
PRO.04 Serviços de apoio	Diminuir em 5% os custos de fluidos gasóleo	Meta: -5% Ref. 2013: 3,057.40 €	Anual= 3,554.52€ NÃO ATINGIDO
	Diminuir em 1% os custos de gás	Meta: -1% Ref. 2013: 117,177.14€	Anual= 89,657.66€ ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.05 Admissão	Manter o nível global de satisfação dos utentes relativamente a informações dadas no momento da admissão em 95%	Meta: 95% Ref. 2013: 100%	100% ATINGIDO
	Garantir que, no máximo, são apresentadas 0 reclamações no âmbito do processo de admissão	Meta: 0 Ref. 2013: 0	0 ATINGIDO
	Garantir que, no máximo, são identificadas 1 não conformidades no âmbito do processo de admissão	Meta: 0 Ref. 2013: 0	1 ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.06	Manter o nível global de satisfação dos utentes no âmbito da higiene dos	Meta: 95% Ref. 2013:	95% ATINGIDO



Prevenção e controle de infecção	espaços em 95%.	96%	
	Receber no máximo 1 reclamação no âmbito do PRO.06	Meta: 0 Ref. 2013: 0	0 ATINGIDO
	Garantir que, no máximo, são identificadas 2 NC por unidade no âmbito do PRO.06	Meta: 2 Ref. 2013: sem dados	0 ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.07 Intervenção clínica no ambulatório	Receber no máximo 1 reclamação no âmbito da consulta externa	Meta: 0 Ref. 2013: 0	0 ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.08 Voluntariado assistencial	Garantir que 100% dos voluntários estão satisfeitos ou muito satisfeitos com as atividades desenvolvidas no exercício do seu voluntariado	Meta: 100% Ref. 2013: 100%	100% ATINGIDO

Processo	Objetivos da qualidade	Meta	Resultados
PRO.09 Investigação, desenvolvimento e inovação	Garantir que são desenvolvidos 2 projetos anuais de inovação	Meta: 2 Ref. 2013:	2 ATINGIDO
	Garantir que é desenvolvido 1 estudo de investigação	Meta: 1 Ref. 2013: 0	1 ATINGIDO



PROCESSO	OBJETIVOS DA QUALIDADE	META	RESULTADOS
PRO.11 Docência, formação e desenvolvimento dos profissionais	Garantir o cumprimento do plano anual de formação no mínimo em 95%.	Meta: 95% Ref. 2013: 94%	95% ATINGIDO
	Garantir uma avaliação do impacto das formações positiva em 90% das ações realizadas	Meta: 90% Ref. 2013: sem resultados	95% ATINGIDO
	Manter o nível de satisfação dos profissionais com a formação em 95%.	Meta: + 10% Ref. 2013: 96%	93% NÃO ATINGIDO
	Garantir 7000 horas de estágio realizadas	Meta: 7000h Ref. 2013: 6.974 h	8.981h ATINGIDO
	Garantir que 80% dos profissionais apresentem melhorias ao nível das suas competências na avaliação do seu Plano Individual de Formação	Meta: 80% Ref. 2013: 70%	96% (+16%) ATINGIDO

CONCRETIZAÇÃO DOS OBJETIVOS DA QUALIDADE POR PROCESSO

PROCESSO	Nº DE OBJETIVO PLANEADOS	Nº DE OBJETIVO ATINGIDOS	TAXA DE CONCRETIZAÇÃO
PRO.01 Gestão e melhoria contínua	11	7	64%
PRO.02 Intervenção clínica no internamento	10	9	90%
PRO.03 Serviços de suporte	2	2	100%
PRO.04 Serviços de apoio	2	1	50%
PRO.05 Admissão	3	3	100%



PRO.06 Prevenção e controlo de infeção	3	3	100%
PRO.07 Intervenção clínica no ambulatório	1	1	100%
PRO.08 Voluntariado assistencial	1	1	100%
PRO.09 Investigação, desenvolvimento e inovação	2	2	100%
PRO.11 Docência, formação e desenvolvimento dos profissionais	5	4	80%
Total	40	33	85%

Análise de resultados

A taxa de concretização dos objetivos da matriz de monitorização do sistema de gestão da qualidade situa-se nos 85% o que é satisfatório. Ainda assim deve ter-se em atenção os objetivos estabelecidos para o PRO.01 gestão e melhoria contínua e PRO.02 intervenção clínica no internamento. Quanto ao PRO. 04 existem condicionantes externas como o aumento das tarifas e combustíveis que levam a uma dificuldade no cumprimento dos objetivos.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

PRO.01 gestão e melhoria contínua:

- Desenvolver ações de melhoria que se traduzam numa maior eficácia em resposta a necessidades e expectativas identificadas dos utentes e outras partes interessadas.
- Reforço e apelo ao envolvimento de todas partes interessadas para a apresentação de sugestões no âmbito da prestação de cuidados

PRO.02 intervenção clínica no internamento:

- Plano de melhoria do plano individual de intervenção “melhor planeamento melhor intervenção



2.1.3 – Comunicação

Para garantia que todas as partes interessadas internas e/ou externas tem acesso a informação relevante e precisa temos **PROC. 05** que já está na sua versão 02 de Setembro de 2014. As principais atividades respeitantes ao Sistema de Gestão da Informação estão definidas na **INS.30 – Sistema de gestão da informação**.

Das atividades que constam na instrução de trabalho, salientam-se as seguintes levadas a cabo pela CSBM em 2014:

- atualização permanente do *website*;
- intensificação do uso dos email internos para comunicação inter-serviços;
- dinamização da página do facebook para divulgação de eventos, serviços e recolha de sugestões;
- atualização dos placards informativos;
- distribuição de folhetos divulgativos do centro e dos projetos e programas.
- Foram desenvolvidos 2 novos folhetos para distribuição e divulgação da consulta externa de psiquiatria e de psicologia e os programas de intervenção terapêutica de snoezelen e estimulação cognitiva.
- No ano de 2014 foi proposto para a otimização de recursos humanos, que as reuniões de equipa multidisciplinar com as unidades de internamento se realizassem apenas com a encarregada e a responsável de unidade e dispensássemos a presença rotativa das ajudantes de enfermaria. A comunicação de ligação com estes profissionais é feita em reuniões de serviço através da encarregada e da responsável de unidade.
- Um mecanismo forte de comunicação externa é o evento semana aberta, que vai na II edição e que teve em 2014 uma maior adesão, com 3 atividades (entrevista na **rádio F**; projeção de um filme no teatro municipal da Guarda e o fórum sobre envelhecimento ativo no centro comercial VIVACI) desenvolvidas exclusivamente em locais da cidade e com a presença da comunidade local.
- afixação em **MUPIS** (mobiliário urbano para informação) da cidade e mantivemos a publicação em **jornais locais** "A Guarda; Terras da Beira" num total de 8 artigos. Também foi divulgado o programa do centenário de São Bento Menni e do vigésimo aniversário da Casa de Saúde Bento Menni, na página *Web* da agência Ecclesia.



- O serviço de psicologia fez uma apresentação em Abril nas Jornadas de tecnologia e saúde do IPG (Instituto Politécnico da Guarda), com o tema: Benefícios da Estimulação Multissensorial: A Experiência da Casa de Saúde Bento Menni.

- Foi solicitada uma apresentação à CSBM, pela rede social do conselho de Celorico da Beira, para o dia 01 de Outubro, Dia Internacional do Idoso. Esteve presente a Dra. Carla Costa com uma comunicação onde foram apresentados os diferentes serviços e programas da instituição, assim como foi abordado o modelo hospitaleiro e a importância dos afetos e dos cuidados humanizados aos idosos.

A avaliação da eficácia destas atividades com vista a uma comunicação institucional eficaz foi efetuada através da análise das respostas aos questionários de Avaliação do Grau de Conhecimento da Comunidade e dos resultados da Avaliação do Grau de Satisfação das Partes Interessadas que agora apresentamos.

. Avaliação do grau de conhecimento da comunidade

Da análise efetuada as questões do conhecimento da comunidade podemos concluir que à pergunta: **conhece a CSBM 88% respondeu afirmativamente, quanto ao modo como conheceu a CSBM 72% refere que foi através de familiares/pessoas conhecidas, 13% através comunicação social**, posteriormente, seguiu-se outros (escola) 10%, página web com 3% e 2% através de folhetos. Relativamente **as áreas de intervenção assistencial 26% referem psiquiatria e 22% deficiência mental**; 16% psicogeriatria, 8% apoio domiciliário, 7% cuidados paliativos, 7% dependências, 6% lar de idosos, 4% área de dia, 4% consulta externa. A última questão analisada acha que **existe divulgação e informação suficiente sobre os serviços desenvolvidos pela CSBM, 31% considera que sim e 48% considera que não e 21% não responde.**

<i>Conhece a Casa de Saúde Bento Menni</i>	2012	2013	2014
Sim	89%	54%	88%
Não	11%	46%	11%



Não responde	-----	-----	1%
--------------	-------	-------	----

<i>Como conheceu a Casa de Saúde Bento Menni</i>	2012	2013	2014
Familiares/ pessoas conhecidas	70%	60%	72%
Comunicação social	5%	13%	13%
Outros	17%	15%	10%
Página web	1%	4%	3%
Folhetos	7%	8%	2%

<i>Quais as áreas de intervenção assistencial da CSBM</i>	2012	2013	2014
Psiquiatria	26%	30%	26%
Deficiência Mental	28%	30%	22%
Psicogeriatrica	12%	7%	16%
Consulta externa	6%	2%	4%
Apoio domiciliário	3%	1%	8%
Cuidados paliativos	6%	6%	7%
Dependências	5%	7%	7%
Lar de idosos	13%	10%	6%
Área de dia	2%	7%	4%

<i>Existe informação suficiente sobre os serviços prestados</i>	2012	2013	2014
Sim	36%	59%	31%
Não	64%	41%	48%
Não responde	-----	-----	21%



Fazendo uma análise de tendência trianual, podemos verificar que os dados são muito oscilantes, reflectindo a heterogeneidade de pessoas que respondem ao questionário de conhecimento da comunidade. Quanto à questão **Conhece a CSBM**, a grande maioria dos inquiridos responde afirmativamente numa percentagem significativa, o ano de 2013 foi o que obteve valores inferiores na comparação trianual. A forma como **Conheceu a CSBM**, foi destacadamente através de familiares ou pessoas conhecidas, seguindo-se a comunicação social e através do meio académico. Relativamente às **Áreas Assistenciais da CSBM** é onde existe um maior desconhecimento, ainda assim são maioritariamente identificadas as áreas de psiquiatria, deficiência mental e psicogeriatría. Quanto à questão se **Existe Informação suficiente sobre os serviços prestados**, a resposta é tendencialmente negativa, pelo que será necessário repensar algumas formas de divulgação.

No âmbito da avaliação da satisfação das partes interessadas relativamente às questões relacionadas com informação e acesso à mesma, foram obtidos os seguintes resultados no ano de 2014:

PARTES INTERESSADAS	QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO	2012	2013	2014
ENTIDADES PARCEIRAS E FINANCIADORAS	Questão 4 - Conhecimento da missão e programas do centro	100%	100%	84%
	Questão 8 - Conhecimento sobre o desempenho da instituição	100%	100%	100%
FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DE CURTO INTERNAMENTO	Questão 3.9 - Informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes	*	*	100%
	Questão 3.15 - Conhecimento das atividades /eventos realizados na instituição			100%
	Questão 3.16 - Conhecimento dos programas /serviços da instituição			100%
	Questão 3.17 - Conhecimento das			



	normas de funcionamento da instituição			
UTENTES DE CURTO INTERNAMENTO	Questão 3.8 - Informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes	*	*	100%
	Questão 3.17 - Conhecimento das atividades /eventos realizados			100%
	Questão 3.19 - Conhecimento dos programas e serviços			100%
	Questão 3.20 - Conhecimento das normas de funcionamento da instituição			100%
	Questão 3.21 - Informação de como ter acesso a pessoas que os representem			
UTENTES DE LONGO INTERNAMENTO	Questão 1.9 - Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	82%	94%	91%
	Questão 1.18 - Conhecimento das atividades /eventos realizados	92%	93%	93%
	Questão 1.20 - Conhecimento das normas de funcionamento da instituição	90%	98%	96%
	Questão 1.210 - Informação de como ter acesso a pessoas que os representem	83%	100%	90%
FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DE LONGO INTERNAMENTO	Questão 1.10 - Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	98%	96%	97%
		97%	97%	97%
	Questão 1.16 - Conhecimento das atividades /eventos	96%	99%	99%



	realizados na instituição	97%	99%	100%
	Questão 1.17 - Conhecimento dos programas /serviços da instituição			
	Questão 1.18 - Conhecimento das normas de funcionamento da instituição			

* Sem dados de referência (tendo em conta que a resposta ao curto e médio internamento é dada preferencialmente pelos hospitais gerais)

Entidades parceiras

<i>Conhecimento da missão, programas e serviços do centro</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	36%	29%	17%
Muito satisfeitos	64%	71%	67%
<i>Conhecimento do desempenho da instituição</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	45%	14%	50%
Muito satisfeitos	55%	86%	50%

Entidades financiadoras

<i>Conhecimento da missão, programas e serviços do centro</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	100%	-----	0%
Muito satisfeitos	0%	-----	100%
<i>Conhecimento do desempenho da instituição</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	100%	-----	0%
Muito satisfeitos	0%	-----	100%



Utentes longo internamento

<i>Conhecimento das normas de funcionamento da instituição</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	50%	51%	39%
Muito satisfeitos	40%	47%	57%
Insatisfeitos	10%	2%	5%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	90%	98%	96%
<i>Conhecimento das atividades/eventos realizados na instituição</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	41%	41%	32%
Muito satisfeitos	51%	52%	61%
Insatisfeitos	7%	7%	7%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	92%	93%	93%
<i>Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	41%	47%	48%
Muito satisfeitos	41%	47%	43%
Insatisfeitos	15%	6%	9%
Muito insatisfeitos	3%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	82%	94%	91%

Fazendo uma análise de tendência trianual, podemos constatar que os níveis de satisfação mantêm-se elevados, a comunicação com os utentes parece assim estar assegurada, existindo pequenas oscilações percentuais, que ainda assim serão alvo de reflexão e de intervenção.

Familiares/significativos do longo internamento

<i>Conhecimento das normas de funcionamento da instituição</i>	2012	2013	2014
Satisfeitos	50%	42%	42%
Muito satisfeitos	47%	57%	58%



Muito insatisfeitos	3%	1%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	97%	99%	100%
Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	2012	2013	2014
Satisfeitos	41%	39%	32%
Muito satisfeitos	57%	57%	65%
Insatisfeito	0%	3%	3%
Muito insatisfeito	1%	1%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	98%	96%	97%
Conhecimento das atividades/eventos realizados na instituição	2012	2013	2014
Satisfeito	46%	27%	32%
Muito Satisfeitos	51%	70%	65%
Insatisfeito	2%	2%	0%
Muito insatisfeito	1%	1%	3%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	97%	97%	97%
Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	2012	2013	2014
Satisfeitos	41%	39%	32%
Muito satisfeitos	57%	57%	65%
Insatisfeitos	1%	3%	3%
Muito insatisfeitos	1%	1%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	98%	96%	97%

Relativamente aos familiares/significativos a comparação de significância do triénio, é muito satisfatória pois temos obtido resultados com diferenciais positivos de 1 a 2 pontos percentuais.

Pela análise dos resultados apresentados anteriormente, constata-se que as formas de divulgação da informação às partes interessadas (Utentes, Familiares/ Pessoas Significativas e Entidades Parceiras e Financiadoras) que constam no Anexo 1 do PROC. 05 foram eficazes uma vez estas na sua maioria se encontravam satisfeitas e estavam



conscientes da informação relevante da instituição (direitos e deveres dos utentes; normas de funcionamento; programas e serviços existentes; atividades e eventos realizados; desempenho da organização). Ao nível externo e face aos resultados verifica-se a necessidade de se desenvolverem iniciativas de comunicação externa e recolher os questionários de conhecimento da comunidade junto de outros destinatários.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Reforço de divulgação dos serviços prestados através dos meios de comunicação social (sendo este um meio privilegiado de conhecimento sobre a instituição)
- Distribuição de um folheto na comunidade na Marcha pela saúde mental – Dia da Saúde – 7 Abril de 2015
- Ação de recolha de questionários de conhecimento da comunidade, junto da população do Bairro da Luz – Maio de 2015
- Reforço de divulgação da missão e programas do centro junto das entidades parceiras.

2.1.4 – Contributo para a sociedade

A participação e opinião dos cidadãos são fundamentais para melhorar os serviços da instituição através da identificação de necessidades e expectativas da comunidade e futuras ações de melhoria desencadeadas. Igualmente importante é a necessidade da instituição levar a cabo iniciativas que contribuam para a sociedade demonstrando assim a sua responsabilidade social.

De seguida apresentamos uma análise das respostas aos questionários de avaliação do grau de conhecimento da comunidade em 2014 e comparando-os com resultados de anos anteriores:



Consideram que os serviços prestados pela CSBM vão de encontro às necessidades da comunidade	2012	2013	2014
Sim	81%	74%	61%
Não	9%	0%	1%
Não sabe / Não responde	10%	26%	38%
Conhece os serviços desenvolvidos e considera-os importantes	2012	2013	2014
Sim	98%	85%	62%
Não	1%	0%	0%
Não sabe / Não responde	1%	15%	38%
Considera a CSBM uma Instituição respeitada e reconhecida pela sua qualidade e utilidade	2012	2013	2014
Sim	87%	85%	62%
Não	8%	5%	1%
Não sabe / Não responde	5%	10%	37%

A missão desenvolvida pela Casa de Saúde Bento Menni há já 20 anos no distrito da Guarda, tem vindo a demonstrar a sua importância por ser uma resposta única para a doença mental de longo internamento, obtendo taxas de ocupação que rondam anualmente os 100%.

Taxa de Ocupação		
2012	2013	2014
99,6	99,6	99,1%

Este ano a taxa de ocupação obteve um resultado ligeiramente inferior, pois com a alteração da responsabilidade da autorização de internamento da ARS Centro para a



ULS da Guarda, no período transitório aconteceram alguns tempos de espera superiores ao normal.

No ano de 2014 as repostas à questão “que tipo de serviço gostaria de ver desenvolvido pela instituição” apontam maioritariamente para o serviço de apoio domiciliário e para a abertura de alguns serviços à comunidade.

Uma das solicitações que ressaltou do questionário da comunidade em anos anteriores, foi a necessidade de ser assegurado o atendimento a pessoas dos sexo masculino, ao que pensamos dar resposta através da unidade em remodelação.

Das iniciativas desenvolvidas pela instituição com contributo para a sociedade destacam-se as seguintes:

Atividades	2013 Nº	2014 Nº
Estágios	37	45
Visitas à efetuadas à Instituição	7	10
Sessões de sensibilização/seminários	8	8
Atividades realizadas na Instituição abertas à comunidade	11	11
Atividades Inter Centros	2	6
Atividades na comunidade em que a Instituição esteve envolvida na organização	6	3
Reunião de direção da CSBM com a direção do Hospital Sousa Martins	1	1
Atividades científicas e académicas	3	2
Reuniões do CLAS (Rede Social)	3	3
Reuniões EAPN (Rede europeia anti-pobreza)	4	4

Verifica-se que as atividades desenvolvidas pela instituição mantêm a sua frequência existindo apenas ligeiras diferenças. Em 2015 iremos realizar a 1ª marcha pela saúde mental inserida no encerramento das celebrações do 1º centenário da morte de São Bento Menni, aberta a toda a comunidade local.

- Atividades com jovens proporcionando-lhes uma oportunidade de solidariedade e de crescimento na fé - Pastoral juvenil

Atividades pastoral juvenil	2014 Nº
Tarde de serviço na quinta-feira Santa e participaram na eucarística e permaneceram até às 20 horas.	2
Dia Hospitaleiro com a participação de jovens do Grupo “À Guarda de Deus” e o seu animador António Costa.	17



Natal Hospitaleiro - ao longo de 4 dias os jovens participaram na missão, com tempo dedicado ao serviço, à oração e ao convívio.	8
O seminarista Bruno Lopes trouxe elementos do grupo de jovens para viver um tempo de serviço e entregar um pequeno Menino Jesus que os próprios elementos do grupo elaboraram.	7
Atividades externas	
Participação na abertura da exposição "S. João de Deus" no Museu da Guarda	7
Dia Diocesano – Trancoso	200
Workshop – Dia Diocesano de Vila Real	40
Conselho diocesano de Pastoral Juvenil – Seminário Maior da Guarda	6
Festival Jota – S. Pedro do Sul	600
Café In – testemunho como jovem hospitaleiro	1

A Casa de Saúde colabora com a comunidade na cedência de espaços:

- Festa do Pai Nosso na Capela
- Cedência do espaço da catequese para as crianças do Bairro da Luz
- Festa dos Rotary Club no auditório
- Cedência da sala da pintura

No que diz respeito aos resultados da avaliação da satisfação das entidades parceiras e financiadoras 100% das entidades inquiridas também considera a instituição um serviço respeitado e reconhecido na comunidade pela sua utilidade.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Desenvolvimento de atividades com maior projeção e envolvimento da comunidade local
- Ações de prevenção no âmbito saúde mental (semana aberta)

2.2 – Recursos Humanos

O estabelecimento de saúde orienta a sua estratégia de liderança, gestão e desenvolvimento dos profissionais. A realização da missão exige de todos os profissionais o compromisso com a excelência do desempenho e a prestação de serviços centrada no utente/utilizador. A Política de Gestão de Recursos Humanos da Instituição define as linhas orientadoras no desenvolvimento de mecanismos de



recrutamento que garantam a igualdade de oportunidades e a não discriminação, baseadas na qualificação dos seus profissionais, nos conhecimentos, nas capacidades e competências requeridas; promove uma cultura de envolvimento, participação, formação e desenvolvimento na perspetiva da melhoria contínua de desempenho para o benefício das partes interessadas. A Instituição, em pleno cumprimento da legislação vigente, promove a saúde, segurança, reconhecimento, retenção e bem-estar dos profissionais de forma a potenciar o bom desempenho e a motivação para o trabalho. O IIHSCJ considera prioritário, em termos estratégicos a capacitação e qualificação dos profissionais, que promova a qualidade clínica, técnica e organizacional, a qualidade dos serviços, a segurança da pessoa assistida e o combate ao estigma, segundo as melhores práticas.

2.2.1 – Gestão de Recursos Humanos

Adicionalmente à Política de Desenvolvimento dos profissionais presente na Carta de Identidade do IIHSCJ, foi desenvolvido o Manual de Políticas de Gestão de Recursos Humanos (DNR.07) que engloba o recrutamento e seleção de profissionais, o seu desenvolvimento e reconhecimento. Consideramos que a política de gestão de recursos humanos se encontra adequada face às necessidades.

Os requisitos de competências dos colaboradores estão identificados, especificados e documentados no Código do Trabalho, nos manuais de Recursos Humanos do Instituto e no Regulamento Funcional do Estabelecimento de saúde.

De acordo com o solicitado anteriormente no âmbito das auditorias de certificação EQUASS, foi incluída a forma de avaliarmos a eficácia da formação, tendo ficado o seu planeamento anexo ao itinerário pedagógico dos cursos formativos.

AValiação das Condições de Trabalho

A avaliação das condições de segurança no trabalho, realizada pela Presmed, permitiu identificar os principais riscos associados a atividade laboral na CSBM. O relatório de 05 de Dezembro de 2015 deu origem a um projeto de melhoria a 2 anos, pois algumas ações consideradas importantes envolvem custos e orçamentos para a sua consecução.

Adicionalmente aos relatórios da Presmed, são analisados resultados da avaliação da satisfação dos profissionais e voluntários. Através dessa análise é possível verificar que relativamente **aos recursos e equipamentos necessários para a realização do trabalho, 79% dos profissionais está satisfeito** (21% muito satisfeito), valor inferior registado no ano anterior.



Recursos e equipamentos para a realização do seu trabalho	2012	2013	2014
Satisfeitos	50%	75%	58%
Muito satisfeitos	43%	18%	21%
Insatisfeitos	5%	7%	19%
Muito insatisfeitos	2%	0%	2%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	93%	93%	79%

Os profissionais manifestaram níveis elevados de insatisfação quanto aos recursos e equipamentos disponíveis para a realização do seu trabalho pelo que terão de ser tomadas medidas para diagnosticar em que serviços estarão a faltar recursos, para que tenhamos obtido um diferencial negativo tão significativo.

Instalações do centro (espaços exteriores, unidades, sala do voluntariado)	2012	2013	2014
Satisfeitos	10%	8%	14%
Muito satisfeitos	90%	92%	86%
Insatisfeitos	0%	0%	0%
Muito insatisfeitos	0%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	100%	100%	100%

Quanto aos **voluntários 100% estão satisfeitos com as instalações do Centro** (92% muito satisfeito), o que também aconteceu no ano anterior.

O gabinete de apoio psicossocial mantém-se ativo para atender os profissionais, sendo esta uma medida de promoção do bem-estar e de participação e envolvimento dos recursos humanos. Foram atendidos 21 colaboradores no ano de 2014 de acordo com as necessidades da tabela:



Gabinete de Apoio Psico-Social	2014
Assunto	Nº
Apoio económico	2
Consulta externa	4
Apoio emocional	5
Escuta ativa/informações	8
Outros	2

2.2.3 – Qualificação e desenvolvimento dos colaboradores

Com vista à qualificação e desenvolvimento dos colaboradores a Casa de Saúde Bento Menni tem um departamento de formação o qual implementa o Procedimento Formação e Desenvolvimento dos Profissionais (PROC.08). Consideramos que este procedimento está adequado às necessidades. O mesmo foi alvo de revisão afim de incluir no plano de formação a data da avaliação da eficácia e a metodologia no itinerário pedagógico, dando resposta a uma ação de melhoria do relatório de certificação.

Este processo inicia-se com o diagnóstico das necessidades de formação resultante da avaliação de desempenho dos profissionais. É através desta atividade que a chefia direta em conjunto com o profissional, avalia as competências exigidas para função. Face a esses resultados, é definido o plano individual de formação (PIF), que visa a melhoria do desempenho e o desenvolvimento de competências dos profissionais, através de uma abordagem individualizada.

Com base no descrito anteriormente, implementamos os planos individuais de formação (PIF) e os planos anuais de formação da unidade/serviço (PAFU), estes planos são validados pela direção respetiva que envia para o responsável de formação com vista à elaboração do plano anual de Formação do Centro.

A monitorização do plano anual de formação da unidade/serviço (PAFU) é realizada com uma frequência quadrimestral e é enviada pelo responsável da unidade/serviço para o Departamento de Formação do Centro. No final do ano é realizado o balanço final das atividades formativas desenvolvidas no Centro, integrado na memória do Centro.

Foram realizados PIF a 88% dos profissionais, pelo que podemos considerar que existiu eficácia na ação de melhoria despoletada junto dos responsáveis pela sua elaboração. Os profissionais que não elaboraram PIF correspondem a 12% (médicos e Irmãs). As necessidades formativas do corpo clínico são respondidas através de formação externa específica e as Irmãs integram as formações das unidades/serviços onde estão afetas.



Planos individuais de formação/ nº de colaboradores	2013	2014
Com PIF	53%	88%
Sem PIF	47%	12%

Durante o ano 2014 foram efetuadas 65 sessões de formação correspondendo a um volume de formação de 3.529,0 horas de formação. O maior volume de formação foi dado na área de identidade institucional. Foram ainda desenvolvidos os seguintes cursos para a melhoria da prestação de cuidados directos aos utentes: Prestação de cuidados da teoria à prática; Qualidade e segurança em saúde.

A taxa de concretização do plano de formação do centro 2014 foi de 95%, tendo ficado por realizar 2 ações de formação (plano de emergência e motivação de colaboradores). Estas ações serão concretizadas no primeiro quadrimestre de 2015.

	2013	2014
Taxa de concretização do plano anual de formação do centro	94%	95%

Foram realizadas avaliações de impacto a todos os cursos realizados em 2014 e os resultados indicam que profissionais e chefias estão satisfeitos com as aprendizagens efetuadas e com a melhoria das competências para o desempenho profissional.

Relativamente ao questionário de satisfação dos profissionais apresenta-se na tabela os resultados trianuais, sendo que em 2014 o total de satisfeitos foi de 93%.

Formação que lhe é proporcionada para o desenvolvimento das suas competências profissionais	2012	2013	2014
Satisfeitos	48%	63%	63%
Muito satisfeitos	41%	33%	30%
Insatisfeitos	9%	4%	7%
Muito insatisfeitos	2%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	89%	96%	93%

Os resultados continuam muito satisfatórios tendo-se verificado um diferencial negativo de 3% relativamente ao ano anterior.



Os resultados da avaliação de desempenho vêm reforçar a importância de serem levantadas as necessidades de formação de competências de acordo com as especificidades de cada serviço e de cada colaborador, para que exista uma eficácia das ações formativas.

A classificação obtida através da avaliação de desempenho evidência a adequação dos profissionais aos serviços prestados e a eficácia das formações para o desenvolvimento das competências dos profissionais; 79% obteve bom; 17% obteve muito bom e 4% obteve suficiente.

	Suficiente	Bom	Muito Bom
Resultados da avaliação de desempenho	4%	79%	17%

2.2.4 – Envolvimento dos colaboradores

O compromisso com a participação e envolvimento dos colaboradores encontra-se patente no **COM.05 – Participação e envolvimento das partes interessadas** e é operacionalizado pelo **PROC.18 – Participação e envolvimento das partes interessadas**. Consideramos que estão adequados e não necessitam para já de revisão.

Considerando a CSBM, que o envolvimento dos colaboradores é essencial para o bom desempenho da organização, em seguida apresentam-se dados dos mecanismos de envolvimento e participação e respetivos indicadores.

Com estes mecanismos de envolvimento o centro recolhe o *feedback* dos colaboradores que posteriormente analisa e utiliza no planeamento anual e estratégico e no desenvolvimento dos próprios colaboradores.

TABELA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS REFERENTES AOS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DOS COLABORADORES:

MECANISMO DE ENVOLVIMENTO	INDICADORES DE MEDIDA	2014
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO	Taxa de resposta aos questionários de satisfação	88%
REUNIÕES DE COORDENAÇÃO DE SERVIÇO COM COLABORADORES (EQUIPA TÉCNICA)	Número	36



REUNIÕES NAS UNIDADES/ SERVIÇOS/ EQUIPA COM COLABORADORES	Número	36 (corresponde a 1 por mês unidade 01-02 unidade 03-04 unidade 05-06-07))
SUGESTÕES/ RECLAMAÇÕES APRESENTADAS POR COLABORADORES	Número sugestões Numero de reclamações	0 5 As reclamações centraram-se na rotatividade dos turnos
REUNIÕES DE PLANEAMENTO E MONITORIZAÇÃO DO PLANO DE GESTÃO (DIREÇÃO TÉCNICA)	Número	4
ENCONTROS/ FESTAS DINAMIZADOS PELAS UNIDADE/ SERVIÇOS	Número	4
ENCONTROS/ FESTAS DINAMIZADOS PELA INSTITUIÇÃO	Número	11

A Avaliação da Satisfação dos Colaboradores com a participação na Instituição foi efetuada com recurso à análise de algumas questões do questionário de avaliação da satisfação, cujos resultados se apresentam em seguida:

A sua participação na melhoria constante da instituição	2012	2013	2014
Satisfeitos	64%	70%	82%
Muito satisfeitos	29%	24%	14%
Insatisfeitos	7%	6%	4%
Muito insatisfeitos	0%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	93%	94%	96%



Forma como a chefia planeia consigo o trabalho a executar	2012	2013	2014
Satisfeitos	49%	63%	67%
Muito satisfeitos	28%	21%	19%
Insatisfeitos	18%	15%	11%
Muito insatisfeitos	5%	1%	4%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	77%	84%	86%

Discussões em equipa dos problemas de trabalho	2012	2013	2014
Satisfeitos	55%	73%	68%
Muito satisfeitos	23%	14%	18%
Insatisfeitos	21%	12%	12%
Muito insatisfeitos	1%	1%	2%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	88%	87%	86%

Possibilidade de expressar livremente as suas opiniões ou fazer sugestões	2012	2013	2014
Satisfeitos	56%	72%	14%
Muito satisfeitos	28%	13%	63%
Insatisfeitos	12%	13%	21%
Muito insatisfeitos	4%	2%	2%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	74%	85%	77%

Através dos dados apresentados verifica-se que a instituição promove o envolvimento dos colaboradores na prática diária do centro e que os colaboradores sentem-se satisfeitos com os mecanismos de envolvimento e participação implementados. As ações de melhoria de 2014 propostas foram eficazes.



Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Implementar medidas que promovam o aumento da taxa de resposta dos colaboradores aos questionários de satisfação.
- Monitorizar do nº de colaboradores que participam nos eventos institucionais.
- Plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança

SATISFAÇÃO GLOBAL E MOTIVAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

De uma forma geral qual o seu grau de satisfação com a instituição	2012	2013	2014
Satisfeitos	44%	62%	65%
Muito satisfeitos	48%	35%	30%
Insatisfeitos	5%	3%	4%
Muito insatisfeitos	3%	0%	1%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	92%	97%	95%

Pela análise da tabela verifica-se que os níveis de satisfação global dos colaboradores são muito elevados ainda que exista uma oscilação não significativa ao longo dos últimos 3 anos (2012- 92%; 2013 – 97%; 2014 – 95%).

A motivação dos profissionais dos estabelecimentos de saúde do IIHSCJ é avaliada por diversos mecanismos, tais como, através das reuniões de trabalho, no âmbito da elaboração da análise *swot* da unidade/serviço, na execução do procedimento de avaliação de desempenho, na análise de resultados de questões específicas da avaliação da satisfação tais como:

Grau de realização pessoal com o seu trabalho	2012	2013	2014
Satisfeitos	51%	63%	68%
Muito satisfeitos	43%	26%	25%
Insatisfeitos	6%	11%	5%
Muito insatisfeitos	0%	0%	2%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	94%	89%	93%



Disponibilidade para aceitar novos desafios	2012	2013	2014
Sim	95%	91%	89%
Não	1%	6%	9%

Reconhecimento da chefia quando o profissional executa bem o seu trabalho	2012	2013	2014
Satisfeitos	41%	59%	63%
Muito satisfeitos	35%	20%	18%
Insatisfeitos	15%	18%	9%
Muito insatisfeitos	8%	3%	10%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	76%	79%	81%

Pela análise dos dados referentes à motivação e reconhecimento dos colaboradores verifica-se que a maioria dos colaboradores se encontra muito satisfeito e satisfeito. Verificando-se um aumento 2% relativamente ao ano anterior, pelo que concluímos que a implementação do reconhecimento derivada da avaliação de desempenho, implementada em 2014 está a ter efeitos positivos.

A avaliação da motivação profissional foi realizada através dos itens dos questionários de satisfação relacionados com a realização pessoal com o trabalho e a disponibilidade de aceitar novos desafios. Na primeira questão verificou-se um aumento da satisfação, mas na segunda questão sobre a aceitação de desafios, os profissionais manifestaram menor disponibilidade, este diferencial pode ser justificado pelo entendimento que a aceitação de tarefas e atividades pode acarretar uma sobrecarga de trabalho.

Tendo ficado por realizar a ação de formação sobre motivação e reconhecimento para as chefias, pensamos que a mesma poderá ser calendarizada para o primeiro quadrimestre de 2015, contribuindo para colmatar alguma insatisfação verificada.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Projeto de melhoria no âmbito da segurança e saúde
- Uma ação de melhoria decorrente de reclamações e sugestões nos questionários de satisfação de 2014, prende-se com a rotatividade de turnos (manhã e tarde), pelo que está a ser efetuada uma experiência piloto nas unidades 03-04, que poderá ser extensível às restantes unidades de internamento.



- Garantir o desenvolvimento da avaliação da eficácia de todas as ações de formação. Desenvolvimento de instrumentos simplificados para o efeito. Análise da perspectiva da eficácia da formação por outros stakeholders: análise de variações nos níveis de satisfação relativos a questões específicas e trabalhadas através da formação com os profissionais do estabelecimento de saúde.
- Ação de formação sobre motivação e reconhecimento para chefias
- Promover práticas quotidianas nas equipas que potenciem a motivação e a adesão a novos desafios

Voluntários

O voluntariado assistencial é parte integrante do Modelo Assistencial. O IIHSCJ reconhece o valor social do voluntariado como expressão do exercício livre de uma cidadania ativa e realça a importância estratégica da intervenção dos voluntários nas diferentes áreas assistenciais, permitindo assim reforçar a atenção hospitalar baseada nos princípios de gratuidade e solidariedade (CII, art.º48). A atividade do voluntariado preconizada pelo IIHSCJ justifica-se pela opção de servir e ajudar gratuitamente as pessoas que sofrem: partilhando a sua situação, comprometendo-se a prestar-lhes uma assistência integral e vivendo uma hospitalidade compassiva e reabilitadora. O voluntariado que se realiza na Instituição respeita os princípios da solidariedade, participação, complementaridade, gratuidade, responsabilidade e convergência, sendo nesta medida, uma mais-valia para a humanização da assistência e o processo terapêutico. Os voluntários são membros da Comunidade Hospitalar e com os demais profissionais, procuram contribuir para a concretização das expectativas e necessidades da pessoa assistida, cooperando para a sua qualidade de vida (COM.06), encontrando-se este compromisso adequado às necessidades do centro.

As principais medidas de reconhecimento/motivação dos voluntários encontra-se descrita na ata do conselho de direção nº 76 A de 27/12/2013. Tendo as mesmas sido disseminadas junto dos voluntários da instituição. As principais medidas são: participação na peregrinação hospitalar; oferta no Natal e Páscoa; almoço de natal e almoço do dia de São Bento Menni.

No ano de 2014 foram realizadas 3 reuniões 1 por quadrimestre e 1 formação específica para o grupo de voluntárias. A restante formação é integrada no plano de formação do centro. Fazendo uma análise do triénio verificamos que o número de voluntários é constante. Um grupo de 8 elementos integram especificamente o rancho "Ó da Guarda"



estando apenas presentes em atividades de ensaio e atuação do mesmo e que 15 voluntários são muito assíduos nas atividades do centro.

Apresentamos na tabela a variação em número de voluntários do trimestre:

Voluntários	2012	2013	2014
	28	30	29

Podemos verificar que o número de voluntários se mantém, com pequenas variações, sendo este um aspeto muito positivo para a dinâmica do centro.

Dos questionários de satisfação para voluntários podemos concluir que a satisfação com o exercício do voluntariado é muito positiva. Tendo existido apenas 7% de voluntários que consideraram pouco satisfatória a participação nas atividades/ festas do centro. Concluiu-se que existe necessidade da informação sobre as atividades/festas serem divulgadas com maior antecedência junto do corpo de voluntarias.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Sistematização dos mecanismos de participação dos voluntários.
- Divulgação de eventos com 15 dias de antecedência.

2.3 – Direitos

A Casa de Saúde Bento Menni, compromete-se a promover e defender os Direitos dos utentes (pessoa assistida), em termos de igualdade de tratamento, de oportunidades, de participação, de liberdade de escolha e de autodeterminação. Promove a escolha informada e adota uma atitude positiva e não discriminatória em todas as fases de intervenção terapêutica-reabilitadora. Este compromisso está presente nos valores institucionais, seus princípios éticos e em todas as fases da prestação de serviços.

2.3.1 – Direitos e deveres dos utentes

A Casa de Saúde Bento Menni, tem documentada a Carta de direitos e deveres dos utentes (DNR.02) em conformidade com as convenções internacionais sobre direitos humanos. A carta de direitos e deveres é amplamente divulgada através da sua afixação em todas as unidades/residências/consulta externa/*hall* de entrada no centro e



disponibilizada no *website*. Os direitos e deveres dos utentes encontram-se igualmente descritos no guia de acolhimento entregue a todos os utentes admitidos no centro, evidenciado através de assinatura de *checklist* de documentação entregue e informação disponibilizada. Adicionalmente o tema dos direitos e deveres dos utentes é trabalhado em reuniões comunitárias, formações e reuniões do grupo de auto-representação.

De forma a avaliar o impacto não só da disseminação/formação como também da consciência dos utentes sobre os seus direitos e deveres e ainda o seu grau de satisfação relativamente ao respeito pelos mesmos, foram definidas questões específicas nos questionários de avaliação da satisfação, das quais apresentamos os resultados de seguida na tabela:

PARTES INTERESSADAS	QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO	2012	2013	2014
Utentes de Longo Internamento	Questão - Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	82%	94%	91%
	Questão – Respeito e salvaguarda dos direitos por parte dos profissionais de saúde	93%	100%	91%
Famíliares/pessoa significativa de Longo Internamento	Questão - Informação disponibilizada sobre direitos e deveres dos utentes	98%	96%	97%
	Questão – Respeito e salvaguarda dos direitos do seu familiar	96%	96%	97%

Pela análise dos resultados verifica-se que os utentes estão conscientes sobre os seus direitos e deveres e consideram que os profissionais os salvaguardam. Acrescenta-se o fato de não ter existido qualquer reclamação sobre esta temática em 2014.



Pelo exposto consideram-se eficazes as medidas disseminação/discussão sobre os direitos e deveres dos utentes implementadas na instituição. Apesar dos resultados satisfatórios, da análise de tendência trianual, verifica-se uma diminuição de 9% no Respeito e salvaguarda dos direitos por parte dos profissionais de saúde, o que parece dever-se ao período de obras que se encontra a decorrer para melhoria dos espaços de internamento, o que tem condicionado algumas rotinas das utentes.

Durante o ano de 2014 esta temática com as utentes foi preferencialmente reforçada através das reuniões comunitárias nas diferentes áreas assistenciais, sendo este um espaço privilegiado de escuta e debate de ideias. E com os colaboradores esta temática é uma constante nas reuniões de serviço, onde são trabalhadas os acontecimentos e/ou necessidades das pessoas.

Face à importância deste tema, ele deverá ser trabalhado com recurso a outras dinâmicas pelo que neste processo será envolvido o grupo de auto-representação eventualmente na dimensão informativa, quer para utentes, quer para profissionais.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- No primeiro quadrimestre irá ser trabalhada com colaboradores em reuniões serviço/unidade
- O grupo de auto-representação irá elaborar e divulgar uma carta de direitos e deveres com imagens para maior entendimento das utentes
- Concurso entre Ateliers para apresentação sobre diferentes formas de um direito/dever e posterior exposição.

2.3.2 – Gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos

O modo de proceder no âmbito da gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos encontra-se descrito no Procedimento 04 “Gestão de reclamações, sugestões, e agradecimentos”. Este procedimento encontra-se na sua versão 04 e encontra-se adequado à realidade do centro. No procedimento referido encontra-se descrito as



seguintes formas de proceder a reclamações, sugestões e agradecimentos: a caixa de reclamações, sugestões e agradecimentos e o livro de reclamações.

RECLAMAÇÕES/ SUGESTÕES/ AGRADECIMENTOS	ÁREAS
RECLAMAÇÕES	<ul style="list-style-type: none">• Alimentação• Manutenção das instalações• Relacionamento inter-pares• Rotatividade de horários• Desaparecimento de roupa
SUGESTÕES	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da ementa (letra maior)
AGRADECIMENTOS	<ul style="list-style-type: none">• Assistencial• Convites para eventos/ Jornadas• Participação em atividades de entidades parceiras• Visitas e estágios



Reclamação/ Sugestão/ Agradecimento	Partes interessadas	2012	2013	2014
RECLAMAÇÕES	Familiares/pessoa significativa	0	0	0
	Utentes	3	6	4
	Profissionais	0	0	5
	Outros	0	0	2
TOTAL		3	6	11
SUGESTÕES	Familiares/pessoa significativa	0	0	0
	Utentes	0	4	1
	Profissionais	0	0	0
	Outros	0	0	0
TOTAL		0	4	1
AGRADECIMENTOS	Familiares/pessoa significativa	13	8	6
	Utentes	0	0	0
	Entidades parceiras	0	0	13
	Outros	0	4	2
TOTAL		13	12	21



Durante o ano de 2014 foram apresentadas 11 reclamações, 1 sugestão e 20 agradecimentos. Não foram registadas reclamações no Livro de Reclamações. A área assistencial continua a registar o maior número de reclamações, sugestões e agradecimentos.

Temos registado um aumento do número de reclamações e de agradecimentos ao longo do triénio. Pelo que podemos aferir que este procedimento começa a evidenciar a sua implementação na rotina de todas as partes interessadas e a importância que o mesmo tem para a participação e envolvimento de todos na melhoria do desempenho da organização.

A eficácia das ações de melhoria/corretivas e planos de melhoria resultantes das sugestões/reclamações de 2014 apresenta-se na tabela que se segue:

	Com ação de melhoria	Sem ação de melhoria	Nº de ações despoletadas	Nº de ações de melhoria/ corretivas e planos de melhoria eficazes
Reclamações	11	0	9	8
Sugestões	1	1	1	0

Pode-se constatar que das 10 ações de melhoria despoletadas foram eficazes 8, correspondendo a 80% de eficácia.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Aumentar a taxa de eficácia das ações despoletadas no âmbito das reclamações/sugestões

2.3.3 – Autodeterminação

A CSBM promove o apoio à autodeterminação dos utentes destacando-se os seguintes mecanismos/estruturas de apoio por parte da instituição: gabinete do utente; reuniões comunitárias; elaboração, revisão e avaliação do plano individual de intervenção com o utente; recolha de sugestões para planeamento anual das atividades das unidades/serviços; liberdade de escolha das atividades ocupacionais, recreativas e



culturais; caixa de sugestões e reclamações e avaliação da satisfação e o grupo de auto-representação.

O grupo de auto-representação participou no I encontro de grupos de auto-representação do IIHSCJ, realizado em Outubro em Braga. Tendo sido atribuída a organização do próximo encontro em 2015 ao grupo “Entre-Nós”.

Apresentam-se em seguida os resultados dos questionários da avaliação da satisfação relativamente à autodeterminação.

Respeito que é manifestado pelas suas decisões/ opiniões	2012	2013	2014
utentes longo internamento			
Satisfeitos	59%	49%	43%
Muito satisfeitos	26%	44%	40%
Insatisfeitos	15%	7%	17%
Muito insatisfeitos	0%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	85%	93%	83%
Oportunidade para expressar decisões/ opiniões e reclamações	2012	2013	2014
Satisfeitos	40%	44%	51%
Muito satisfeitos	38%	44%	37%
Insatisfeitos	23%	11%	12%
Muito insatisfeitos	0%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	78%	88%	88%

Em função dos resultados apresentados verifica-se que a Instituição demonstra um desempenho satisfatório relativamente ao respeito quanto à autodeterminação dos utentes. Quando comparados os dados de 2013 e 2014 verifica-se na primeira questão uma diminuição de 10% nos níveis de satisfação. Tal percepção pode dever-se a que aos mecanismos já existentes, não foram acrescentados em 2014 nenhum outro.



- **Informação sobre como ter acesso a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio**

O centro informa os utentes e seus representantes sobre como ter acesso a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio da seguinte forma: no momento do acolhimento de enfermagem; na entrega do guia de acolhimento, no gabinete do utente, nas reuniões com o técnico de referência, na associação de famílias (ASAG) e no grupo de auto-representação, consultoria jurídica (membro da direção da ASAG).

O Gabinete do utente registou 33 atendimentos em 2014, na maioria das situações os utentes solicitaram informações ou esclarecimentos e contactos com familiares/significativos. Este continua a ser um mecanismo preferencial que as utentes procuram para obter repostas às suas questões e problemas.

Em seguida apresentam-se os dados dos questionários de satisfação relativamente a informação sobre como ter acesso a representantes e pessoas de apoio.

Tabela dos resultados da satisfação - questões sobre Informação no acesso a pessoas que representem/pessoas de apoio

Informação como ter acesso a pessoas de apoio	2012	2013	2014
Satisfeitos	34%	53%	38%
Muito satisfeitos	49%	47%	52%
Insatisfeitos	15%	0%	10%
Muito insatisfeitos	2%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	83%	100%	90%

Pela análise dos dados constata-se que na sua maioria os utentes sentem-se satisfeitos relativamente à informação prestada sobre como ter acesso a representantes e pessoas de apoio. Tendo-se verificado uma diminuição de 10% na satisfação, pelo que será



necessário reforçar os mecanismos de divulgação, através das reuniões comunitárias, afixação de informação, distribuição de folhetos.

Face aos dados considera-se que a organização apresentou um desempenho positivo quanto à facilitação aos utentes a pessoas que os representem e/ou pessoas de apoio.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Elaborar com o grupo de auto-representação um folheto de divulgação destes mecanismos
- Implementar mecanismos de resposta nas reuniões comunitárias envolvendo os repontáveis de serviço visados nas reclamações/opiniões agilizando decisões

2.4 – Ética

O estabelecimento de saúde tem a ética como um dos princípios fundamentais em toda a sua atuação. A hospitalidade é ela própria uma experiência ética fundamental e englobante da missão hospitaleira. A atuação ética deve estar presente em todos os campos e em todas as decisões: na assistência clínica, na ação educativa e na atenção social; na organização e em todo o tipo de gestão; no trabalho e na economia; nas tomadas de posição institucionais e propostas operativas; no respeito pelas leis em vigor; nos comportamentos comunitários e individuais, bem como em qualquer atividade quotidiana; na reflexão das questões e na resposta aos problemas. A missão hospitaleira promove os princípios e critérios comuns da Bioética (Carta de identidade, p.58).

2.4.1 – Política e Código de Ética

O IIHSCJ definiu e documentou a sua política de ética (**COM.02.01 – Política de ética**) que respeita e assegura a dignidade dos seus utentes, protege-os de riscos indevidos e promove a justiça social. Este compromisso foi alvo de revisão e encontra-se na versão 01). De forma a operacionalizar este compromisso, foi elaborado o Código de Ética (**DNR.01**) estando para já adaptado às necessidades legislativas e do centro. Tal como todos os outros compromissos institucionais e documentos, a Política e Código de Ética foram difundidos por todos os profissionais, incluindo os voluntários através de ações de formação, reuniões e disponibilização do documento para consulta.

No ano de 2014 não se registaram reclamações ou sugestões que possam indicar o incumprimento da política e do código de ética.



A Casa de Saúde Bento Menni deu principal destaque no ano de 2014 as questões éticas, através da formação foram difundidos e trabalhados alguns princípios basilares para operacionalizarmos o compromisso institucional. Através de 4 fichas de bioética com temas como: compaixão e hospitalidade; o primado da dignidade humana em psiquiatria; os princípios “prima facie” em psiquiatria; a hospitalidade na saúde mental e psiquiatria.

Foi realizada a avaliação da eficácia e 90% dos profissionais considera que adquiriu conhecimentos e competências que aplica no seu trabalho e as chefias consideraram que 95% dos profissionais melhoraram os conhecimentos sobre a aplicação da bioética na sua prática diária.

2.4.2 – Prevenção e gestão de situações de abuso físico, mental e financeiro dos clientes

O IIHSCJ definiu o seu comprometimento com a segurança das pessoas e bens no compromisso institucional Política de Segurança das Pessoas e Bens (COM.03) operacionalizado no procedimento específico PROC.06 – “Segurança e Proteção de Pessoas Vulneráveis” que se encontra na versão 03. A Política de Segurança das Pessoas e Bens (COM.03) encontra-se na versão 01 e de momento não foi assinalada pelas partes interessadas necessidade de revisão. Na revisão anterior ficou definido que cada área técnica aquando da avaliação inicial dos utentes deverá fazer uma avaliação do risco de abuso físico, psicológico, financeiro ou outro, e registá-lo devidamente em processo clínico.

Das medidas de prevenção implementadas na instituição destacam-se: reuniões unidade/serviço com todos os colaboradores no âmbito deste tema, de forma a garantir o conhecimento das várias medidas preventivas bem como os mecanismos disponíveis para atuação e comunicação em caso de ocorrência de incidente; existência da comissão de gestão de pensões; informações/apoio aos familiares/pessoas significativas sobre os cuidados a ter com os utentes nas idas a casa e implementação dos processos de inabilitação/interdição.

Para além dos documentos já referidos destacam-se ainda os seguintes procedimentos para a prevenção do abuso físico, mental e financeiros dos utentes: PROC.27 Contenção Física; PROC.05 “Sistema de Gestão da Informação e Confidencialidade”; INS.08 “Acolhimento de Enfermagem”.

Durante o ano de 2014 não existiu qualquer identificação e consequentemente registo de incidentes relacionados com a segurança e proteção de pessoas vulneráveis considerando-se assim eficazes a Política de Segurança das Pessoas e Bens (COM.03) bem como as medidas preventivas implementadas na instituição e que constam no PROC.06 – Segurança e Proteção de Pessoas Vulneráveis.



Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Reforço junto da equipa técnica e dos técnicos de referência para a necessidade de identificação e registo de possíveis situações de risco
- Reciclagem da formação sobre o Política de Segurança das Pessoas e Bens COM.03 e PROC.06 – Segurança e Proteção de Pessoas Vulneráveis, junto de todos os profissionais

2.4.3 – Saúde e Segurança

O estabelecimento de saúde presta serviços num sistema de trabalho seguro, dentro de um ambiente seguro que garanta a segurança física dos clientes. O Plano de Saúde e Segurança sistematiza as normas e regras de procedimentos ao nível da organização e gestão da saúde e segurança das pessoas e dos edifícios, nas diversas áreas de intervenção. O seu cumprimento é da responsabilidade do Conselho de Direção de cada um dos Estabelecimentos de saúde. Deve ser monitorizado quadrimestralmente e revisto com uma periodicidade anual, avaliando-se a eficácia das medidas definidas e reajustando-as, se necessário, a sua melhoria. Anualmente este plano é enviado para a Direção do Instituto para validação, juntamente com o Plano de Gestão.

Durante o ano de 2014 implementaram-se as medidas do plano de saúde e segurança e foram monitorizados quadrimestralmente todos os indicadores do mesmo.

ÁREA	AÇÃO	RESULTADOS
GESTÃO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none">– Reuniões de unidade/serviço para avaliar o cumprimento do procedimento da Confidencialidade.– Avaliada a taxa de satisfação sobre o respeito e salvaguarda da confidencialidade de informação nos questionários de satisfação aos utentes e familiares de curto e longo internamento.	<p>Não foram propostas melhorias, pelo que se considera que o mesmo está adequado</p> <p>0 NC associadas 0 Reclamações</p> <p>Grau de satisfação > 90% Estes resultados permitem concluir que as acções realizadas foram eficazes.</p>
SEGURANÇA DO DOENTE	Foram monitorizados quadrimestralmente os indicadores referentes aos seguintes procedimentos:	Os resultados obtidos nos diferentes indicadores são positivos pelo que se consideram



	PROC. 24; PROC.26; PROC.27; PROC.28; PROC.29; PROC.32; PROC.34; PRO.06.	eficazes as intervenções realizadas no âmbito da segurança do doente.
CONTROLE DE INFECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliado o grau de satisfação dos utentes/familiares/pessoa significativa relativamente à higiene dos espaços - Monitorizado o nº de NC e reclamações associados ao PRO.06 - Monitorização da % de IACS: <ol style="list-style-type: none"> 1) vias urinárias; 2) vias respiratórias inf; 3) gastroenterite 	<p>Grau de satisfação > 95%</p> <p>0 NC associadas ao PROC.06</p> <p>A monitorização das IACS (infecções associadas aos cuidados de saúde) apresenta resultados dentro dos padrões aceitáveis.</p>
GESTÃO DE EMERGÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada a monitorização quadrimestral do encaminhamento não programado de utentes por agudização clínica não psiquiátrica - Monitorizado o Nº de NC associadas ao Plano de Emergência. 	<p>Foram registadas 16 idas não programadas à urgência.</p> <p>A inexistência de NC ao nível deste procedimento permite concluir que este foi realizado de forma eficaz por todos os profissionais.</p>
SEGURANÇA ALIMENTAR	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizado o nº de NC detectadas em auditoria HACCP - Monitorizado o nº de ocorrências/notificações de alergias / intoxicações alimentares 	<p>3 NC decorrentes de auditoria do HACCP.</p> <p>Não existiram ocorrências ou notificações de alergias ou de outros eventos adversos.</p>
LIDERANÇA E GESTÃO	- Monitorização da matriz de objetivos e do plano de gestão	<p>Taxa cumprimento objetivos do plano de gestão = 91,9 %.</p> <p>Matriz = 91%</p>
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	<p>Nº de auditorias da empresa Presmed</p> <p>Nº de acidentes de trabalho</p>	<p>Em 2014 foi realizada 1 auditoria Presmed (NC= 8) (a)</p> <p>3 Acidentes trabalho em 2014</p>
CONTROLO DE ACESSO ÀS ESTRUTURAS DO CENTRO	<p>Nº de ocorrências / notificações identificadas</p> <p>NC associadas a este âmbito</p>	<p>0 ocorrências</p> <p>NC= 0</p>



PLANO DE SEGURANÇA E EMERGÊNCIA	Estava contemplada uma formação que não foi possível realizar	Será realizada no primeiro quadrimestre de 2015
MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO	% Concretização do plano de controlo de equipamentos de medição e monitorização	2014- Cumprido 100% do plano de manutenção
ANOMALIAS AO NORMAL FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTO	Nº de ocorrências	1 ocorrência para a qual foi tomada uma medida corretiva eficaz

(a) Foi elaborado pela direção um plano de melhoria no âmbito da saúde e segurança (2015-2016) que contempla medidas para responder às não conformidades encontradas.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Realizar ação de formação às equipas sobre segurança e emergência no primeiro quadrimestre de 2015
- Estão contempladas no plano de melhoria 12 ações corretivas (Plano de segurança e saúde 2015-2016) para 2015 afim de responder às necessidades encontradas pela auditoria da presmed.

2.4.4 – Política e Procedimentos de salvaguarda da confidencialidade

A confidencialidade de toda a informação clínica e dos elementos identificativos que lhe digam respeito é um direito dos utentes instituído na carta de direitos e deveres dos utentes. De forma a reforçar e operacionalizar o efetivo cumprimento deste compromisso foi elaborado o compromisso institucional **Política da confidencialidade (COM.04)** que está na versão 01 e o procedimento **Sistema de gestão da informação e confidencialidade (PROC.05)** que está na versão 02.

Foram realizadas reuniões comunitárias nas três áreas assistenciais para análise da política e procedimento da confidencialidade. Não foram sugeridas melhorias a introduzir, considerando-se que a política e procedimento vão de encontro às necessidades da população assistida. Este procedimento também é disseminado e revisto junto dos profissionais que o consideram adequado.



Respeito e salvaguarda pela confidencialidade	2012	2013	2014
Utentes longo internamento			
Satisfeitos	59%	44%	48%
Muito satisfeitos	37%	51%	43%
Insatisfeitos	2%	4%	8%
Muito insatisfeitos	2%	0%	1%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	96%	95%	91%
Familiars longo internamento			
Satisfeitos	35%	34%	22%
Muito satisfeitos	62%	64%	72%
Insatisfeitos	0%	1%	5%
Muito insatisfeitos	3%	1%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	97%	98%	94%

Os resultados obtidos permitem verificar que os utentes e familiares/pessoa significativa encontram muito satisfeitos relativamente ao respeito e salvaguarda pela confidencialidade. Relativamente aos familiares obtivemos 5% (que correspondem a 4 familiares), não se considerando muito significativo num universo de 78 famílias.

Também se verificou que durante o ano de 2014 não foram recepcionadas reclamações/sugestões e não foram abertas não conformidades neste âmbito.

Pelo descrito anteriormente considera-se que a política e procedimento de confidencialidade estão a ser eficazes.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Formação a todos os profissionais no primeiro quadrimestre de 2015



2.4.5 – Papéis e responsabilidades

A instituição tem definidos os papéis e responsabilidades da gestão e de funções directamente envolvidas na prestação dos serviços aos utentes no Manual de Recursos Humanos do IHSCJ (2006) e no DNR.08 - Regulamento Funcional Interno. Este regulamento está disponível para consulta em todas as unidades de internamento e no momento do acolhimento, no âmbito do internamento é fornecida ao utente e familiares/significativos a informação sobre a possibilidade de consulta do mesmo. O organograma encontra-se afixado em diferentes locais da organização, nomeadamente está afixado na entrada das unidades de internamento.

Quando um colaborador inicia funções são-lhe comunicadas as suas funções e responsabilidades, existindo um período de tutoria no qual o colaborador é acompanhado de forma direta é feita a integração e o acompanhamento no local de trabalho.

No ano de 2014 os colaboradores que iniciaram funções foram alvo desta tutoria que comporta um período formativo e de avaliação feito em colaboração com os responsáveis dos serviços e tutores que após conclusão é registada e arquivada no processo individual do colaborador.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Continuar os processos de tutoria em curso e melhorar a avaliação conjunta (grelha de avaliação) entre tutor/colaborador e responsável de serviço

2.5 – Parcerias

O IHSCJ presta cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental, de acordo com as melhores práticas, qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão holística. Para a prossecução dos seus objetivos estabelece parcerias a diferentes níveis e âmbitos de atuação: científico, assistencial, pedagógico, cultural e técnico.

Caracterização das parcerias:



Parceria	Nº de Parceiros
Parceiros Sociais	14
Entidades Financiadoras	3
Organizações de clientes	1

No ano de 2014 não foram estabelecidas novas parcerias, mantendo-se a tipologia de parceiros maioritariamente no âmbito académico de estágios e formação.

Da avaliação efetuada ao contributo das entidades parceiras para o centro, podemos concluir que todas são relevantes pelo que não iremos cessar nenhuma parceria.

O valor acrescentado da maioria das parcerias é:

- Luta contra o estigma e reabilitação social dos utentes
- Partilha conhecimentos; atualização das aprendizagens; novas práticas; investigação
- Contributo para abertura da comunidade escolar e prevenção na área da saúde mental
- Fortalecimento do relacionamento família/comunidade

Quanto à taxa de resposta aos questionários de satisfação dos parceiros/financiadores, obtivemos 50% de resposta por parte dos parceiros sociais, 33% por parte das entidades financiadoras e 100% das organizações de clientes. Este ano obtivemos resposta da maior entidade financiadora (ULS- Hospital Sousa Martins). As parcerias estão de um modo geral muito satisfeitos com a Casa de Saúde Bento Menni.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Investimento em parcerias que o enfoque seja a promoção de atividades para as utentes
- Identificar diferentes áreas de potenciais parceiros (elencá-los)
- Ter em atenção ao impacto para a qualidade de vida dos utentes na seleção das potenciais parcerias

2.6 – Participação

No sentido de melhorar continuamente a prestação da Casa de Saúde Bento Menni esta promove a participação e o envolvimento dos utentes, familiares/significativos,



profissionais e outras partes interessadas, mediante procedimentos e atividades específicas que estão descritos por parte interessada no PROC.18. versão 02.

2.6.1 – Envolvimento dos utentes

No compromisso com a identidade e missão partilhada da nossa instituição e com a consecução dos seus objetivos, considera-se fundamental a participação e o envolvimento, aos vários níveis da organização, de todos os utentes, profissionais, voluntários, estagiários e outras partes interessadas, como um meio privilegiado para potenciar a melhoria contínua dos serviços e dar uma eficaz resposta às suas necessidades (COM.05 “Política de participação e envolvimento”). Este compromisso institucional encontra-se na versão 02., a avaliação da adequação deste compromisso foi efetuada através da análise dos resultados que se apresenta em seguida.

Oportunidades de Participação	2013	2014
Objetivos da responsabilidade do utente nos PII	5%	7%
Reuniões comunitárias (as percentagens correspondem ao objetivo/ ação traçados nos planos de serviço/unidade para estas reuniões)	Psiquiatria - 95% Residência - 100% Psicogeriatria - 50% * Deficiência mental - 60%	Psiquiatria – 95% Residência – 100% Psicogeriatria – 50% * Deficiência mental – 60%
Taxa de resposta aos questionários de avaliação da satisfação das partes interessadas	Utentes – 100% Famílias – 90% Profissionais – 91% Voluntários – 100% Consulta externa – 58% Parceiros – 50% Financiadores – 0%	Utentes – 75% Famílias – 92% Profissionais – 88% Voluntários – 100% Consulta externa – 30% Parceiros – 47% Financiadores – 33%



Reclamações/sugestões e agradecimentos	Reclamações - 6 Sugestões - 4 Agradecimento - 12	Reclamações - 11 Sugestões - 1 Agradecimento - 21
Número de encontros da associação de famílias/número de encontros com familiares	1 encontro de associações 1 festa das famílias	1 encontro de associações 1 festa das famílias
Gabinete do utente		33 atendimentos

* Percentagem face aos graus de elevada dependência nas unidades de psicogeriatría

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Plano de melhoria “melhor planeamento melhor intervenção”
- Realização de curta-metragem “o que sou para além da doença”

2.6.2 – *Empowerment* dos utentes

No que diz respeito aos mecanismos de facilitação individual e coletivos do *empowerment* dos utentes implementados na instituição destacam-se os seguintes:

Mecanismo de facilitação coletivos	Mecanismo de facilitação individual
Reuniões comunitárias	Plano individual de intervenção (recolha de expectativas e objetivos da responsabilidade do utente)
Gabinete do utente	Reuniões de técnico de referencia com utentes
Grupo de auto-representação	Escolha de atividades ocupacionais e lúdicas
Projetos de reabilitação	Aquisição de bens pessoais na comunidade
Avaliação da satisfação	Utilização de recursos da comunidade
Reclamações e sugestões	Consentimento informado
	Cursos de formação no exterior



Alfabetização

ANOS	Nº DE OBJETIVOS DA RESPONSABILIDADE DO UTENTE	Nº UTENTES ENVOLVIDOS REUNIÕES COM UNITÁRIAS	Nº DE UTENTES RESPONDERAM QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO	Nº DE RECLAMAÇÕES Nº DE SUGESTÃO
2013	5%	20 (DM) 27(PSI) 20(PSICO)	46	4 Sugestões 6 Reclamações
2014	7%	20 (DM) 27(PSI) 20(PSICO)	45	1 Sugestão 4 Reclamações

Consideramos que as medidas implementadas apresentam necessidade de serem reforçadas, para que os resultados obtidos no próximo acresçam melhorias mais significativas. Atendendo a que a população assistida é maioritariamente de longo internamento e de grande dependência, alguns dos objetivos estabelecidos talvez estejam a ser pouco exequíveis, o que foi alvo de reflexão.

No ano de 2014 o *empowerment* dos utentes foi trabalhado com os colaboradores ao nível das reuniões de unidade/serviço através de dinâmicas de resposta a algumas questões levantadas nas fichas de bioética.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- aumentar a taxa de resposta aos questionários de satisfação através de uma aplicação por unidade de internamento
- rever os planos individuais reforçando junto dos técnicos de referencia a necessidade de ajuste de objetivos/intervenções da responsabilidade do utente – plano de melhoria



- promover reuniões temáticas nos serviços/unidades para colaboradores no âmbito do *empowerment* e auto-determinação
- realizar uma reunião quadrimestral do grupo de auto-representação com a Direção

2.7 – Orientação para o cliente

A pessoa com doença física e/ou psíquica é o estabelecimento de saúde e a razão de ser da Instituição. Para ela se orientam todos os recursos, estruturas, programas e projetos. As necessidades da pessoa portadora de doença mental e seus familiares são muito diversas, complexas e igualmente dependentes de fatores que não controlamos: doença genética, problemas sociais, económicos, culturais, etc.. Contudo, os serviços que os Estabelecimentos de saúde prestam têm um papel fundamental dentro da sua abordagem curativa/preventiva, na busca sistemática e contínua da melhoria, ao organizar os serviços/unidades e equipas terapêuticas assentes no primado da pessoa. Através de serviços acessíveis correspondentes às necessidades e expectativas da pessoa assistida, integra-se a família e a própria pessoa portadora de doença mental, como membros ativos das equipas, valorizando a sua avaliação e opinião sobre os serviços que lhe são prestados, assegurando assim a continuidade e adequação das respostas prestadas, numa perspetiva de promoção da qualidade de vida dos utentes.

O modelo de intervenção do Instituto IHSCJ aplica-se ao planeamento de todas as intervenções assistenciais interdisciplinares nos estabelecimentos de saúde hospitalares. Este modelo contempla 4 fases de intervenção: Avaliação Inicial; Planeamento do PII; Implementação do PII e por último Monitorização e Revisão do PII. A elaboração do plano individual de intervenção está documentada no PROC.07. Este plano é efetuado com participação ativa da pessoa assistida, sempre que a sua situação clínica o permitir, e com a participação da família/tutor/pessoa significativa.

2.7.1 – Identificação das necessidades e expectativas

A avaliação inicial dos utentes consiste numa avaliação multidimensional que permite o levantamento de necessidades e potencialidade da pessoa assistida. No caso da situação clínica o permitir, a avaliação deve conter as suas expectativas. Também são identificadas as necessidades a partir de: análise swot no âmbito das planificações das unidades/serviços; avaliação da satisfação das partes interessadas; gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos; reuniões com utentes/familiares/pessoas significativas; reuniões com entidades parceiras e financiadoras; orientações e requisitos das entidades financiadoras e inquérito à comunidade no âmbito da avaliação do grau de conhecimento da comunidade.



Área de Intervenção	Necessidades identificadas
PSQUIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhores condições físicas do edifício (obras em curso) ✓ Dificuldades no cumprimento de algumas normas de funcionamento ✓ Diversificação de atividades ocupacionais e de lazer
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares idosos o que condiciona visitas e saídas ✓ Intervenção comportamental / vigilância das utentes da residência ✓ Grande dependência na satisfação das ABVD e risco elevado de queda
PSICOGERIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programas computacionais de estimulação cognitiva ✓ Uteses com grande dependência e mobilidade reduzida ✓ Resistência de utentes mais dependentes em participar nos ateliers sócio-ocupacionais
ESTRUTURAS COMUNITÁRIAS – PROJETOS DE REABILITAÇÃO;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimulo das competências relacionais das utentes integradas na residência externa ✓ Projetos de inovação na área da reabilitação sócio-ocupacional
CONSULTAS EXTERNAS E AMBULATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação de informação específica sobre o serviço de consulta externa ✓ Redução do tempo de espera na consulta externa
TRANSVERSAL A TODAS AS ÁREAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acesso a atividades ocupacionais de lazer e integração na comunidade ✓ Conhecimento dos serviços, programas e eventos dinamizados pela instituição ✓ Salvaguarda de privacidade

Parte interessada	Necessidades identificadas
ENTIDADES FINANCIADORAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprofundar a relação de parceria estabelecida
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informação sobre a instituição



ENTIDADES PARCEIRAS	✓ Avaliação conjunta dos objetivos da parceria
COLABORADORES	✓ Rotatividade de turnos manhã/tarde ✓ Motivação e reconhecimento profissional ✓ Formação em contexto de trabalho
VOLUNTÁRIOS	✓ Formação ✓ Maior envolvimento nas atividades e eventos na instituição

Estas necessidades serão monitorizadas quadrimestralmente através dos planos de serviço/unidade e do plano de gestão.

2.7.2 – Planeamento Individual

O Plano Individual de Intervenção representa uma oportunidade ao exercício da autodeterminação e autonomia da pessoa assistida. Neste plano são definidos, com a participação do utente e família/tutores/pessoas significativas, objetivos e são planeadas intervenções/atividades para os alcançar. A metodologia de elaboração do PII da instituição contempla e promove a definição de objetivos e atividades da responsabilidade do utente como forma de promoção do *empowerment*.

O PII é elaborado em instrumento próprio, o MOD.30 – “Instrumento de Registo do Plano Individual de Intervenção”, que contempla as necessidades/problemas do utentes, potencialidades, expectativas, objetivos gerais e específicos mensuráveis, intervenções a utilizar, colaboradores envolvidos e responsabilidades para a implementação. O Plano individual de intervenção sempre que a situação clínica o permitir é acordado com o utente e/ou familiar/pessoas significativa/tutor.

O instrumento de registo do plano individual de intervenção fica arquivado no processo clínico com exceção da consulta externa onde o planeamento individual é registado diretamente no processo clínico do utente.



Relativamente à satisfação dos utentes e dos familiares/pessoa significativa com o contributo da instituição para a concretização dos objetivos e expetativas apresentam-se os dados comparativos na tabela seguinte:

Contributo da instituição para o cumprimento de objetivos e expetativas	2012	2013	2014
Utentes longo internamento			
Satisfeitos	54%	52%	45%
Muito satisfeitos	37%	41%	48%
Insatisfeitos	7%	7%	7%
Muito insatisfeitos	2%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	91%	93%	93%
Familiares longo internamento			
Satisfeitos	35%	29%	23%
Muito satisfeitos	63%	69%	74%
Insatisfeitos	2%	2%	2%
Muito insatisfeitos	0%	0%	1%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	98%	98%	97%

A análise de tendência é apresentada na tabela anexa:

Contributo para o cumprimento de objetivos e expetativas	2012	2013	2014
Consulta externa			
Satisfeitos	8%	17%	15%
Muito satisfeitos	92%	78%	77%
Insatisfeitos	0%	0%	0%
Muito insatisfeitos	0%	5%	8%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	100%	95%	92%
Esclarecimento e instruções sobre o plano terapêutico	2012	2013	2014



Satisfeitos	0%	24%	21%
Muito satisfeitos	100%	71%	79%
Insatisfeitos	0%	0%	0%
Muito insatisfeitos	0%	5%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	100%	95%	100%
Forma como foram atendidas as suas necessidades	2012	2013	2014
Satisfeitos	17%	7%	11%
Muito satisfeitos	83%	86%	78%
Insatisfeitos	0%	7%	11%
Muito insatisfeitos	0%	0%	0%
Total de satisfeitos/ muito satisfeitos	100%	93%	100%

Pela análise dos resultados pode-se constatar que a maioria dos utentes, familiares/pessoa significativa e compradores de serviços estão “muito satisfeitos” com o contributo da instituição. Depreendendo-se assim que a intervenção assistencial responde de forma eficaz às necessidades e expetativas dos utentes e familiares/pessoa significativa.

Na tabela que se segue apresenta-se a taxa de cumprimento dos objetivos dos planos individuais de intervenção por unidade/residência referente a 2014:

UNIDADE	TAXA DE CUMPRIMENTO DOS PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO
01 Deficiência intelectual	42%
02 Deficiência intelectual	67%
03 Psiquiatria	54%



04 Psicogeriatría	90%
05 Psicogeriatría	63%
06 Psicogeriatría	77%
07 Psicogeriatría	83%
Residência interna Reabilitação	55%
Residência externa Reabilitação	50%
Total	65%

Pela análise da tabela verifica-se que as unidades de grande dependência apresentaram elevadas taxas de comprimento dos planos individuais de intervenção. Verifica-se que os valores mais baixos se situam nas unidades de dependência ligeira/moderada e nas residências. Após análise destes resultados com as respetivas equipas concluiu-se que estes se devem ao facto desta população apesar de apresentar um bom nível de autonomia, manifestar grandes oscilações em termos psicopatológicos o que tem implicação na concretização/implementação das ações definidas e consequentemente na concretização dos objetivos. Os técnicos de referência reconhecem que existe a necessidade de reformulação antes dos 6 meses de alguns planos individuais por agudização do estado clínico das utentes.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Analisar os dados quadrimestrais dos planos individuais com as equipas de forma a permitir a implementação de ações corretivas e de melhoria



- Implementar o plano de melhoria – PII “ Melhor planeamento melhor intervenção”

2.8 – Abrangência

A CSBM promove a participação e envolvimento do utente e de todas as partes interessadas nos diferentes processos de melhoria contínua, mediante uma intervenção atual, integral, interdisciplinar e continuada.

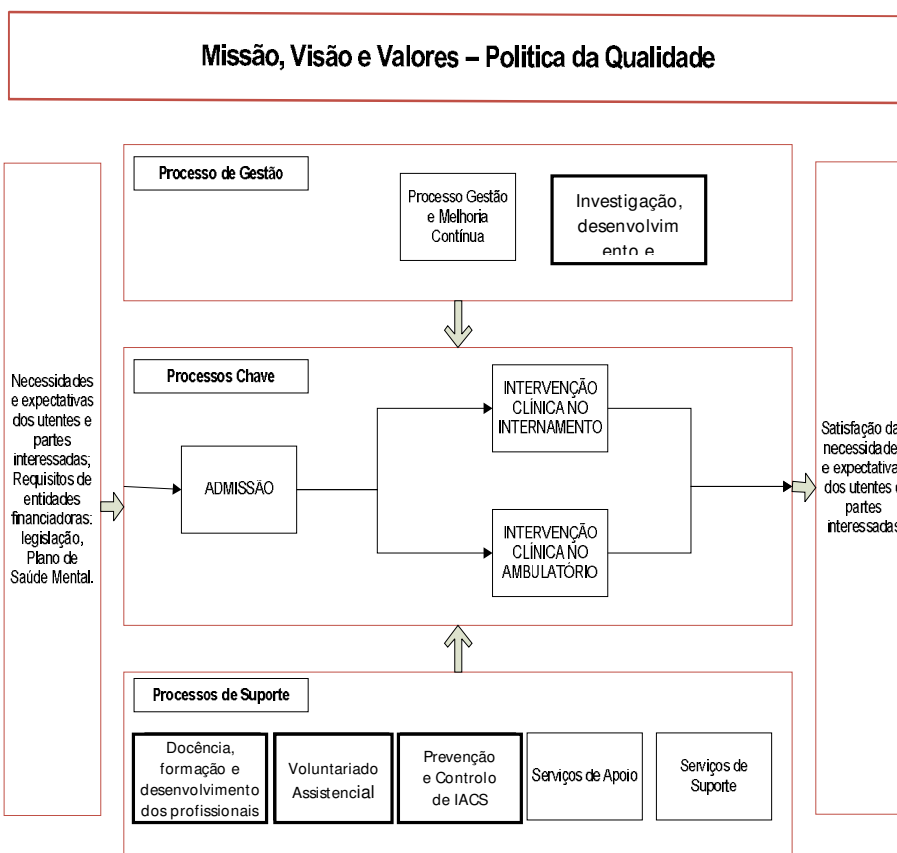
2.8.1 – Processo de prestação do serviço

O estabelecimento de saúde identifica, documenta e mantém os processos-chave da prestação de serviços em consonância com a sua visão, missão, política da qualidade e os requisitos das entidades financiadoras e compradores dos serviços.

O SGQ é entendido como um conjunto de processos inter-relacionados e interativos. É propósito desta metodologia de abordagem por processos, propiciar um enquadramento que se incorpore e integre na realização da missão do IIHSCJ e assim, permita a compreensão das suas interações e a determinação do seu desempenho, através de indicadores adequados. A sua determinação e prossecução efetuam-se regularmente, de acordo com o definido no documento Matriz de objetivos da Qualidade, com o objetivo de melhorar continuamente a eficiência e a eficácia dos processos e, conseqüentemente, da organização. Os resultados foram apresentados no capítulo primeiro.

Os processos identificados e descritos foram agrupados em três grupos: Processos de Gestão - relacionados com a gestão da organização; Processos Chave – diretamente relacionados com a execução dos serviços; Processos de Suporte – dão suporte aos processos operacionais, assegurando os recursos necessários. A partir de sugestões de melhoria dos centros assistenciais, o IIHSCJ procede à revisão anual dos processos, ou sempre que se revele necessário.

Pela análise da adequação dos processos definidos face à dinâmica/realidade do centro verificou-se um alinhamento e coerência dos mesmos com a visão, missão e política da qualidade e com os requisitos de entidades financiadoras e compradores de serviços, concluindo-se assim que estes elementos estão totalmente adequados.



• AUDITORIAS INTERNAS

O plano anual de auditorias do ano de 2014 teve uma taxa de execução de 75%, uma vez que apenas esteve ao serviço uma técnica com formação em auditoria interna. Durante o ano de 2014 foram realizadas 3 auditorias internas:

- **PROC.07- PII**, da qual resultou 5 não conformidades e 6 oportunidades de melhoria
- **PRO.06** – prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados de saúde, da qual resultou 9 não conformidades (detetadas na análise das instruções de trabalho) e 3 oportunidades de melhoria
- **PRO.02** – intervenção clínica no internamento, da qual resultou 6 não conformidades e 1 oportunidade de melhoria.



As auditorias internas revelaram-se uma mais valia para a instituição uma vez que permitiram perceber o nível de implementação e maturidade do sistema de gestão da qualidade bem como validação das práticas assistenciais. No ano de 2014 não foi possível a realização de um maior número de auditorias internas pela insuficiência de técnicos com a formação necessária para o efeito. Também não foi realizada uma auditoria a todo o sistema de gestão da qualidade com recurso a um auditor externo, pelo que a mesma será agendada para o primeiro quadrimestre de 2015.

Em 2014 foram ainda efetuadas 3 auditorias HACCP e 1 auditoria de higiene e segurança no trabalho PRESMED

O tratamento das não conformidades e oportunidades de melhoria resultantes das mesmas foram igualmente controladas de acordo com o previsto no PROC.02 – “Controlo de não Conformidades, Projetos e Ações de Melhoria”.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- formação de auditores internos
- pequenas auditorias/acompanhamento mais contínuo

2.8.2 – Continuidade da prestação dos serviços

A análise anual da execução dos serviços e da sua continuidade é realizada através da monitorização quadrimestral e da Memória e Relatório de revisão do sistema, documentos que avaliam a concretização dos objetivos definidos no Plano de Gestão e Matriz de Objetivos da Qualidade e que têm igualmente em conta os recursos e barreiras existentes, assim como a identificação de necessidades dos utentes e partes interessadas.

A CSBM assegura que os seus utentes tem a possibilidade de aceder a um contínuo de serviços, que vão desde a prevenção, através da participação dos profissionais ações de sensibilização na comunidade, passando pelo apoio prestado em ambulatório, nomeadamente na consulta externa (de psicologia e psiquiatria), até ao internamento e reabilitação.

Em seguida enumeram-se alguns aspectos que contribuem para garantir quotidianamente a continuidade dos serviços:



- Manutenção da taxa de ocupação de 99%
- Resultado económico-financeiro positivo no ano 2014, que garante a sustentabilidade económico-financeira do centro;
- Reconhecimento da comunidade pelos serviços prestados;
- Cumprimento dos objectivos planeados de acordo com as metas estabelecidas;
- Manter uma política de contenção de gastos;
- Acompanhamento/ motivação das equipas das unidades e serviços;
- Avaliação da satisfação das partes interessadas;

As barreiras identificadas são:

A continuidade dos programas ou acesso aos programas no que se refere aos financiamentos, às novas políticas de saúde mental e parcerias/multidisciplinaridade na resolução das mesmas.

A dificuldade em encontrar parceiros para a criação da unidade sócio-ocupacional, apesar das diligências efetuadas em 2014 junto da ULS (unidade local de saúde) e da diocese.

A falta de respostas locais para doentes psiquiátricos de evolução prolongada do sexo masculino. Estando em curso obras de remodelação para podermos dar resposta a esta necessidade.

Todas estas questões estão identificadas no plano de gestão assim como as ações propostas para a garantia da continuidade dos serviços.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Implementação de novos projectos em áreas ainda não desenvolvidas no centro e manifestadas pela comunidade como uma necessidade.

2.8.3 – Abordagem holística

A CSBM presta cuidados baseados nas necessidades e expectativas dos seus utentes, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e identifica as competências,



capacidades e apoios necessários a concretização dos objetivos traçados, segundo o modelo de intervenção assistencial.

Partes interessadas	Questões do questionário da avaliação	2012	2013	2014
UTENTES DE CURTO INTERNAMENTO	Questão – Contributo da instituição para a melhoria da sua qualidade de vida	Sem resultados	100%	100%
FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DOS UTENTES CURTO INTERNAMENTO	Questão – Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar	Sem resultados	100%	100%
UTENTES DE LONGO INTERNAMENTO	Questão – Contributo da instituição para a melhoria da sua qualidade de vida	97%	96%	93%
FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DOS UTENTES DO LONGO INTERNAMENTO	Questão – Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar	96%	97%	97%

Pela análise da tabela podemos verificar que utentes e familiares estão muito satisfeitos com o contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida. Da análise de tendência do triénio verifica-se um pequeno diferencial negativo de 3% nas utentes o que não é significativo.

- **Aplicação da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref.)**

Nas situações em que foi possível a aplicação duma escala de qualidade de vida (estabilização clínica e capacidade cognitiva) foi aplicado o instrumento da OMS o WHOQOL-BREF formado por 26 itens. Este instrumento fornece informação sobre 4 dimensões: física, psicológica, relações sociais e ambiente. Apresentam-se em seguida

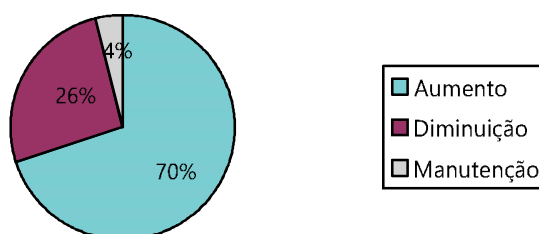


os resultados da aplicação da escala de qualidade de vida na área da psicogeriatrica e psiquiatria.

Foi realizado um estudo na área da psicogeriatrica sobre a correlação entre qualidade de vida um programa de intervenção multidisciplinar, os resultados foram muito satisfatórios, comparando os resultados do pré-teste e do pós-teste 70% das utentes melhorou a sua percepção de qualidade de vida.

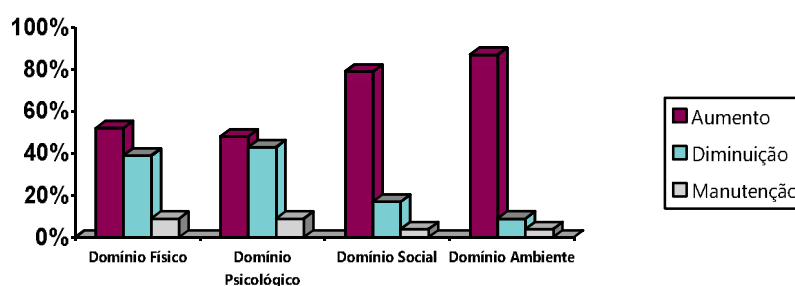
Unidades de Longo internamento- psicogeriatrica

Qualidade de Vida Psicogeriatrica



Da análise por domínio verificamos um aumento nas 4 dimensões. Os domínios com maior diferencial entre a primeira aplicação da escala de qualidade de vida e a segunda aplicação, foi o do ambiente, seguido do social do físico e do psicológico.

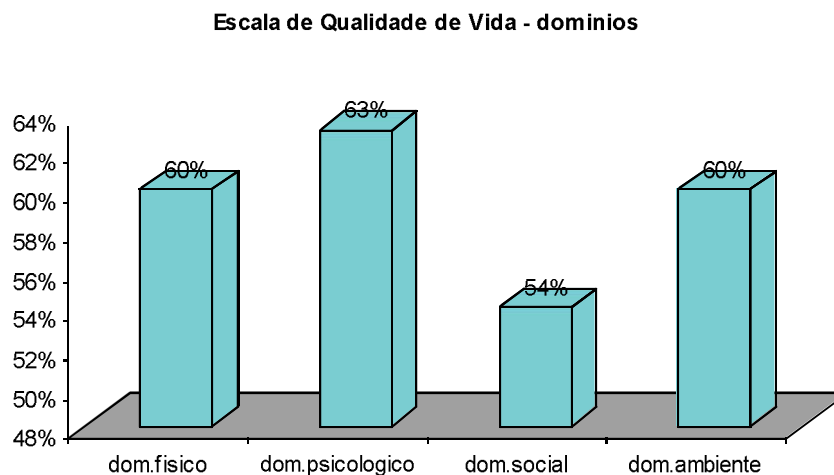
Diferença entre a 1ª e 2ª aplicação Escala Qualidade de Vida



Unidades de Longo

internamento- psiquiatria

Dos resultados globais da aplicação da escala de qualidade de vida obteve-se 59,4% e por domínio os resultados estão no gráfico anexo:



O domínio social foi o que obteve um valor mais baixo, o que pode estar relacionado com o longo internamento que condiciona as relações sociais e a interação em diferentes ambientes.

Os dados apresentados são referentes a duas áreas assistenciais, pela dificuldade em aplicar a escala WHOQOL-BREF na área da deficiência mental, a equipa técnica sente a necessidade de encontrar outra escala que possa recolher junto destas utentes dados da sua qualidade de vida.

Neste sentido e com o intuito de avaliar a eficácia do plano individual de intervenção na qualidade de vida dos utentes monitorizou-se a taxa de concretização dos PII por domínio da matriz de avaliação multidimensional dos centros assistenciais que foi construída tendo por base os domínios da qualidade de vida. Estes dados serão apresentados em seguida.

- **Taxa de Concretização dos Objetivos PII/ Domínio**

Na tabela que se segue apresenta-se a taxa de cumprimento dos objetivos dos planos individuais de intervenção por domínio de qualidade de vida referente a 2014.



DOMÍNIOS	TAXA DE CUMPRIMENTO PLANOS INDIVIDUAIS DE INTERVENÇÃO/ DOMÍNIO
Estado Mental	40%
Saúde Física	72%
Sono	33%
Funcionalidade/ Autonomia	89%
Adesão Terapêutica	50%
Ocupação	69%
Interação Sócio-Familiar	50%
Condições de Vida	50%
Espiritualidade/ Esperança	92%

Pela análise da tabela verifica-se que os domínios que apresentam taxas de concretização de maior significância são: o da espiritualidade/esperança, o da funcionalidade/autonomia; o da saúde física e o da ocupação. Em relação aos outros domínios, os valores obtidos foram alvo de uma análise de todos os técnicos envolvidos no sentido de, por um lado, adequarem melhor os objectivos às condições clínicas do utente (objectivos mais realistas) e, por outro lado, de se aumentar o esforço terapêutico para o seu cumprimento.

Na avaliação de desempenho são avaliadas as competências das profissionais promotoras da qualidade de vida das pessoas assistidas na Casa de Saúde Bento Menni. Os itens avaliados constantes no instrumento de avaliação de desempenho que evidenciam as competências mencionadas são:

COMPETÊNCIA: RESILIÊNCIA E CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO

-iniciativa/criatividade (89%)

COMPETÊNCIA: ESPÍRITO DE MISSÃO

-dedicação; sentido de pertença (95%)

COMPETÊNCIA: CAPACIDADE INTELECTUAL E PROFISSIONALISMO

-conhecimento (100%);

-qualidade e organização do trabalho (97%);



-responsabilidade (98%)

-capacidade para adquirir novos conhecimentos (96%)

COMPETÊNCIA: ESPÍRITO DE EQUIPA

-trabalho em equipa (94%);

-relacionamento com os outros (98%)

Verifica-se que os valores obtidos na avaliação de desempenho se encontram entre os 85% e os 100%.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Plano de melhoria “Melhor planeamento melhor intervenção”
- Seleção de diferentes escalas de qualidade de vida adaptadas a populações com maiores dependências

2.9 – Orientação para os resultados

O IIHSCJ estabelece uma metodologia que orienta para os resultados em todos os Estabelecimentos de saúde. Esta consiste na implementação de medidas que visam alcançar os resultados que satisfaçam todas as partes interessadas (utentes, familiares/pessoas significativas, profissionais, entidades parceiras e entidades financiadoras). A instituição mede, monitoriza e avalia as expectativas das partes interessadas, assim como procura implementar as medidas necessárias e adequadas à melhoria contínua, transparência e responsabilização.

2.9.1 – Medição e avaliação dos resultados

A concretização dos objetivos definidos é monitorizada quadrimestralmente e avaliada e reportada anualmente através da Memória, Matriz de Objetivos da Qualidade e presente Relatório de Revisão do Sistema. Desta avaliação resultam dados essenciais para a análise de resultados e melhoria contínua, tais como concretização dos planos anuais das unidades e serviços, concretização do plano de gestão e objetivos da qualidade, entre eles o cumprimento dos objetivos definidos no plano individual de intervenção, satisfação dos diferentes stakeholders (apresentado em seguida), entre outros. Os resultados podem ser analisados ao longo deste relatório, enquanto os resultados de negócio ao nível financeiro encontram-se sistematizados na Memória. A



nível individual, os resultados da concretização do plano individual de intervenção dos utentes são registados no seu processo clínico, com o registo da análise dos vários técnicos intervenientes.

- **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

A taxa de satisfação global das utentes com a instituição é de **91%** (52% muito satisfeito), o que é manifestamente um bom indicador dos cuidados prestados.

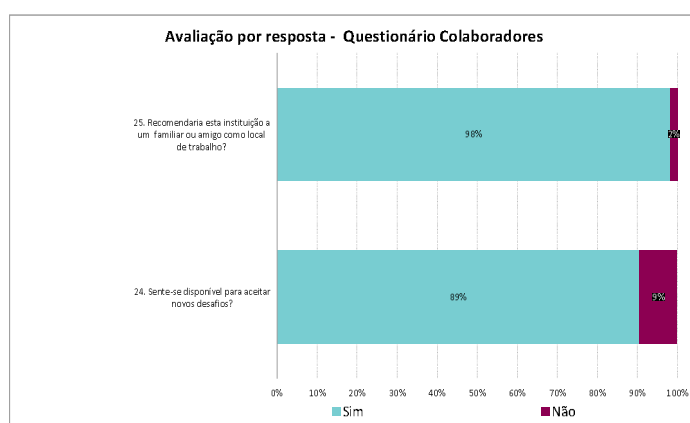
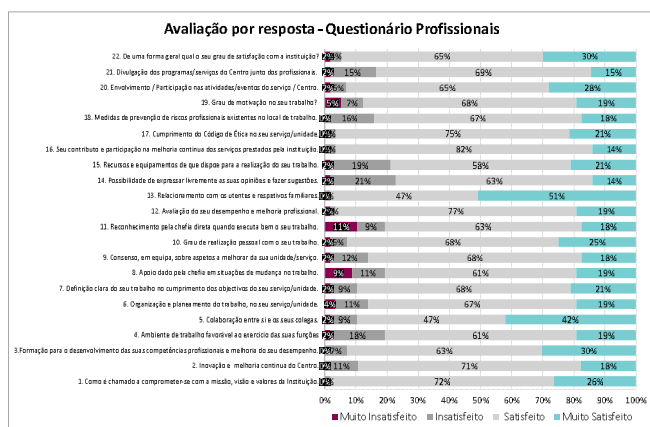
Em seguida apresentam-se os resultados anuais por áreas de intervenção no que diz respeito à taxa de concretização do plano anual, taxa de concretização dos objetivos dos PII por área assistencial.

Área de Intervenção	Unidade	Taxa de concretização do plano unidade	Taxa de sucesso dos PII
Deficiência Intelectual	01	100%	42%
Deficiência Intelectual	02	100%	67%
Psiquiatria	03	100%	54%
Psicogeriatría	04	100%	90%
Psicogeriatría	05	100%	63%
Psicogeriatría	06	100%	77%
Psicogeriatría	07	100%	83%
Residência interna	----		55%
Residência externa	----		50%
Total		100%	65% (objetivos totalmente atingidos nos PII)



Em 2014 realizou-se a avaliação da satisfação às seguintes partes interessadas: colaboradores, utentes da consulta externa, utentes internados nas unidades de curto e médio internamento, familiares/pessoa significativa dos utentes internados nas unidades de curto e médio internamento, utentes internados nas unidades de longo internamento, familiares/pessoa significativa dos utentes internados das unidades de longo internamento, voluntários, entidades parceiras e financiadoras. Os resultados estão espelhados no relatório de avaliação da satisfação e analisados detalhadamente. Apresentamos aqui os resultados globais e principais pontos fortes e oportunidades de melhoria:

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS- 2014





Os

PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA
Relacionamento com os utentes e respetivos familiares 98%	A possibilidade de expressar as suas opiniões e fazer sugestões 23%
Como é chamado a comprometer-se com a missão, visão e valores da instituição 98%	Recursos e equipamentos de que dispõem para a realização do seu trabalho 21%
Cumprimento do código de ética no seu serviço/unidade 98%	O reconhecimento pela chefia direta quando executa bem o seu trabalho 20%
Avaliação do seu desempenho e melhoria profissional 98%	Apoio dado pela chefia em situações de mudança no trabalho 20%
O seu contributo e participação na melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição 96%	Ambiente de trabalho favorável ao exercício das suas funções 20%

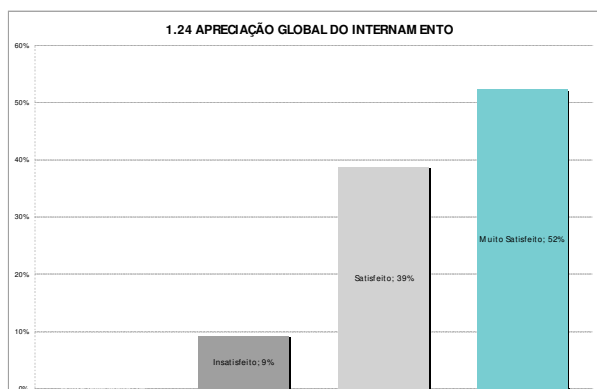
resultados de avaliação da satisfação dos profissionais mantém valores muito satisfatórios, mas em alguns campos verificou-se um aumento acentuado da insatisfação. Pelo exposto, é notável que as medidas adotadas não são significativas sendo necessário avaliar as respetivas causas e implementar ações de melhoria que se revelem mais eficazes.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

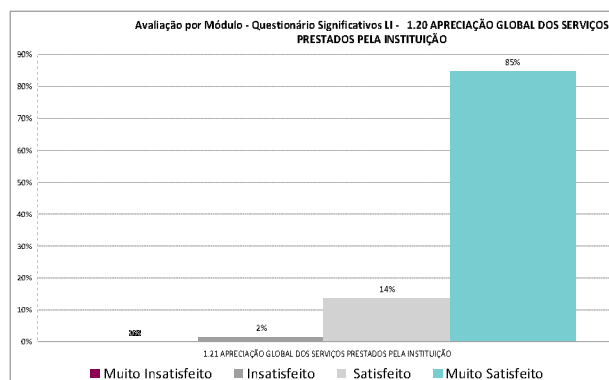
- Reunião com todos os colaboradores no primeiro quadrimestre de 2015 para levantamento de sugestões (questionário)

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DO LONGO INTERNAMENTO – 2014

UTENTES LI



FAMILIARES/ SIGNIFICATIVOS LI





PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA	PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA
Respeito e salvaguarda pela sua privacidade 98%	Respeito pelas suas decisões e opiniões 17%	Conhecimento das normas da instituição 100%	Conhecimento das atividades/ eventos da instituição 3%
Atendimento de enfermagem 98%	Envolvimento no plano individual de intervenção 17%	Atendimento Médico 100%	Conforto e comodidade dos espaços 2%
Atendimento de outros técnicos 98%		Conhecimento dos programas e serviços da instituição 99%	Respeito e salvaguarda da privacidade do seu familiar 6%

Fazendo uma análise dos resultados continuamos a obter valores positivos na satisfação de utentes e familiares. Mas através das oportunidades de melhoria constatamos que se torna-se necessário implementar medidas que promovam uma participação ainda mais ativa dos utentes no dia-a-dia da organização. E planejar ações que respondam às oportunidades de melhoria assinaladas pelos familiares.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

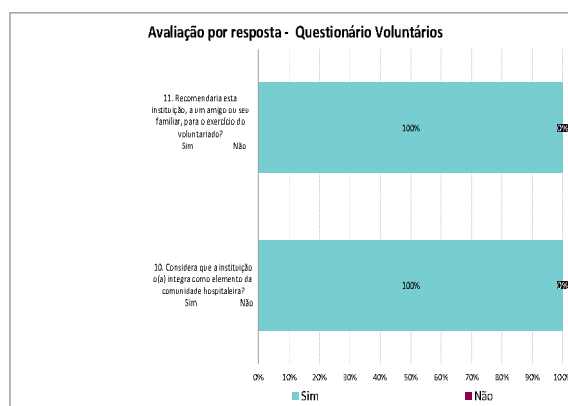
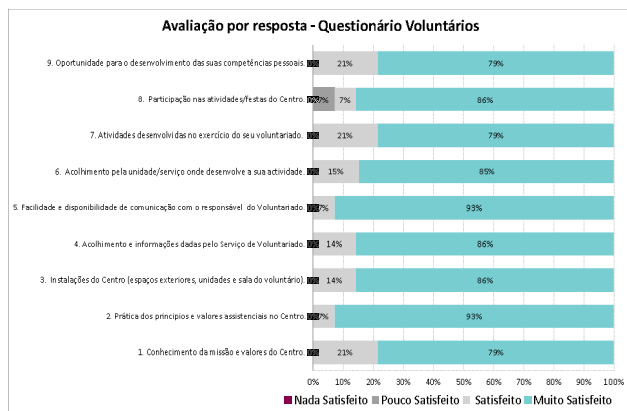
- Analisar com o grupo de autorepresentação estas insatisfações (implementar as propostas de melhoria que traduzam ganhos de satisfação com base na análise)
- Fazer uma análise dos questionários de satisfação por área assistencial
- Curso de psicoeducação para famílias da psicogeriatría

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES E FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DO CURTO INTERNAMENTO –2014

A realidade da CSBM em matéria de curto e médio internamento é irrisória, uma vez que assistência prestada é de longo internamento. Tendo no ano de 2014 como referência apenas 1 questionário de utente e 1 de familiar. Os dados da satisfação rondam em todas as questões os 100%.



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS – 2014



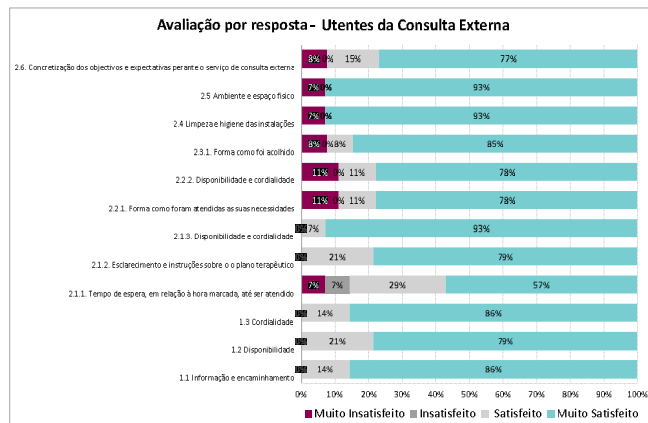
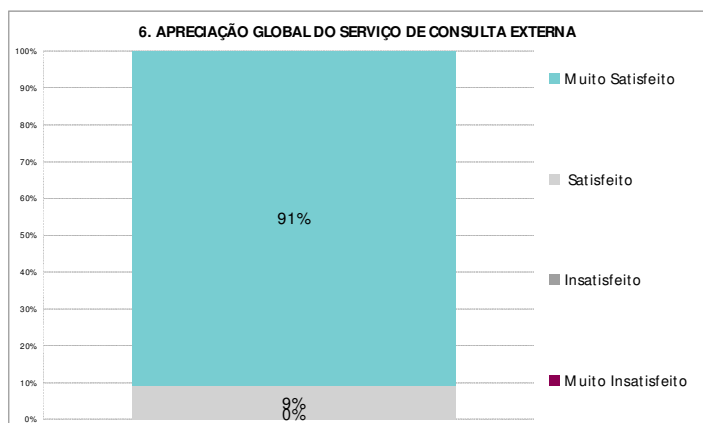
PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA
<p>Facilidade e disponibilidade de comunicação com o responsável do voluntariado 100%</p> <p>Acolhimento e informações dadas pelo serviço de voluntariado 100%</p>	<p>Participação nas festas /eventos do centro 7%</p>

Dos resultados de satisfação dos voluntários concluiu-se que as ações e medidas implementadas são eficazes na medida em que se encontram valores próximos dos 100%. Tendo sido encontrada 1 oportunidade de melhoria a trabalhar em 2015.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Reunião no primeiro quadrimestre com os voluntários e o responsável do voluntariado

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO UTENTES CONSULTA EXTERNA – 2





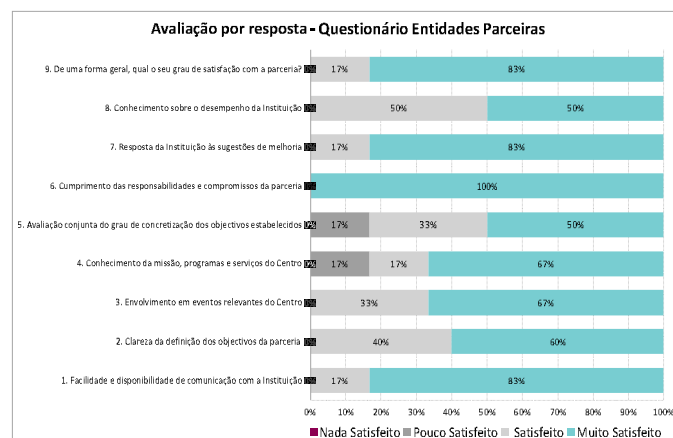
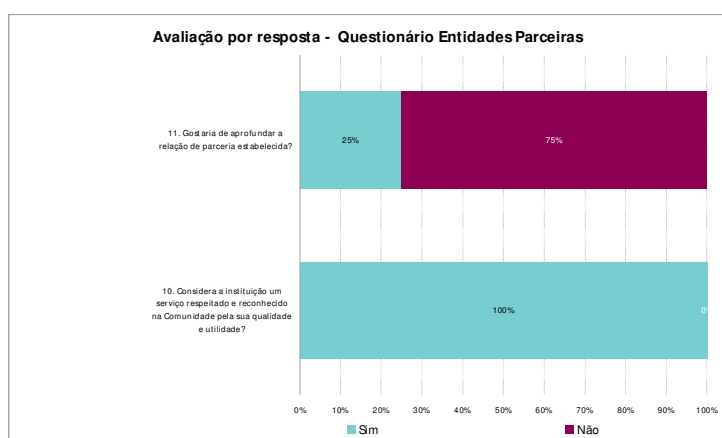
PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA
Disponibilidade e cordialidade no atendimento médico 100%	O tempo de espera em relação à hora marcada até ser atendido pelo médico 14%
Cordialidade do pessoal da receção/ secretariado administrativo 100%	A forma como foram atendidas as suas necessidades pelo serviço de enfermagem 11%

Fazendo uma análise dos resultados da consulta externa, constatamos que aumentaram os níveis de insatisfação relativamente a alguns aspetos até aqui avaliados satisfatoriamente. Cabe à direção técnica a reflexão e a tomada de ações de melhoria.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Fazer a marcação da consulta em consonância com os horários dos psiquiatras
- Introdução da consulta de enfermagem - triagem de enfermagem

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS ENTIDADES PARCEIRAS – 2014



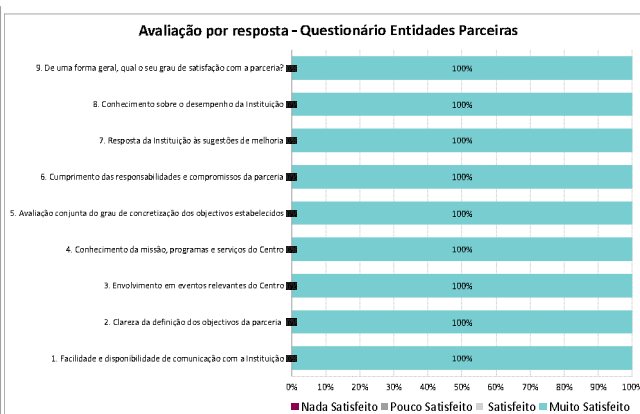
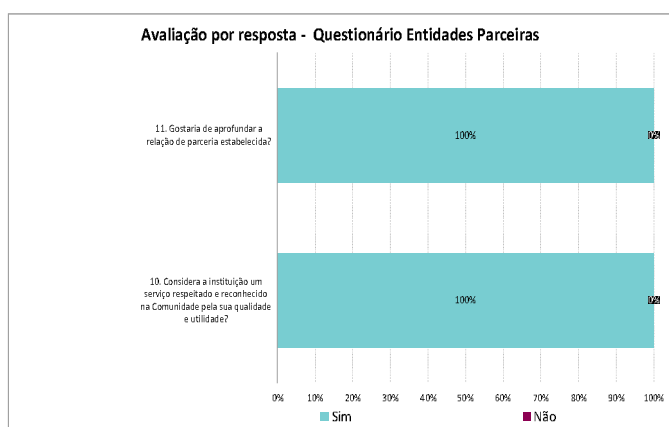
PONTOS FORTES	OPORTUNIDADES DE MELHORIA
Cumprimento das responsabilidades da parceria 100%	Conhecimento da missão, programas e serviços do centro 83 %



Facilidade e disponibilidade de comunicação com a instituição 100%	Avaliação conjunta do grau de concretização dos objetivos estabelecidos 83 % satisfação
Resposta da instituição às sugestões de melhoria 100%	
Grau de satisfação global 100%	

AValiação DA Satisfação DAS ENTIDADES FINANCIADORAS – 2014

Relativamente às entidades financiadoras, a ULS (unidade local de saúde) é a entidade que suporta grande parte dos internamentos, pelo que os dados que temos são referentes apenas a uma entidade.



Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Reunião com os parceiros que manifestaram insatisfação para esclarecimento dos itens em causa.
- Envio de informação/ brochura de resultados
- Aumentar o número de respostas das entidades financiadoras (estabelecer no mínimo 2 contactos para recolha do questionário)



NÍVEIS DE SATISFAÇÃO GLOBAL DAS PARTES INTERESSADAS REFERENTES A 2012, 2013 E 2014

<i>Questionários de satisfação</i>	<i>Resultados 2012 de satisfação global</i>	<i>Resultados 2013 de satisfação global</i>	<i>Resultados 2014 de satisfação global</i>
Utentes longo internamento	92%	98%	91%
Familiares/significativos do longo internamento	98%	97%	99%
Profissionais	92%	97%	95%
Consulta externa	100%	94%	100%
Voluntários	100%	100%	100%
Parceiros	100%	100%	100%
Financiadores	100%	sem resultados	100%

Pela análise dos resultados da satisfação global ao longo dos últimos 3 anos verifica-se uma elevada satisfação de todas as partes interessadas ainda que existam pequenas oscilações, nomeadamente nos utentes e nos profissionais. Face a uma diminuição na satisfação entre 2% e 7%, devem ser despoletadas as ações de melhoria já referidas anteriormente e sistematizadas no relatório e tratadas conforme Proc.02.

2.9.2 – Reporte de resultados

A CSBM reporta os seus resultados às partes interessadas da seguinte forma:

- Brochura de resultados
- Afixação da brochura de resultados na entrada do centro, no hall das admissões;
- Reuniões de planeamento e revisão dos Planos individuais de Intervenção
- Publicação de documentos no website;
- Afixação de cartazes com os resultados dos questionários de satisfação;



- Apresentação dos resultados dos questionários de satisfação às partes interessadas
- Envio dos resultados e estatísticas para a direção do IIHSCJ;
- Envio de estatísticas para o INE

O reporte das conquistas e percepções pessoais é feito através dos seguintes mecanismos:

- Avaliação da satisfação das partes interessadas;
- Sugestões e reclamações;
- Em eventos através de murais;
- Nas reuniões comunitárias/individuais com utentes/familiares/pessoas significativas e colaboradores e outras partes interessadas.

Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria

- Livro de honra

2.10 – Melhoria Contínua

A qualidade enquanto objetivo institucional pressupõe processos de melhoria contínua como indicador. É um processo de crescimento/mudança que implica pro-atividade, envolvimento de todos os recursos humanos e materiais existentes, uma monitorização e avaliação constante dos resultados com base nos processos chave e procedimentos disseminados e implementados e em evidências obtidas através da nossa intervenção aos diferentes níveis. Após análise, as conclusões gerarão oportunidade de melhoria e inovação e qualidade na prestação de cuidados aos utentes, famílias e sociedade em geral.

A melhoria contínua é um pressuposto base para todo o processo de planeamento estratégico e anual. Adicionalmente foram criados procedimentos que permitem operacionalizar melhorias aos mais diversos níveis da organização.

2.10.1 – Ciclo de Melhoria Contínua

A melhoria contínua é uma atividade permanente que visa promover a crescente capacidade de cumprimento de requisitos da qualidade segundo as orientações estratégias institucionais. O método de controlo de não conformidades detetadas ou



potenciais, assim como a implementação de projetos ou ações de melhoria segue o PROC.02. "controlo de não conformidades, projetos e ações de melhoria", que se encontra na versão 03.

Os projetos ou ações de melhoria foram desencadeados a partir de diversas situações tais como sugestões; resultados da avaliação das partes interessadas; resultados da avaliação do grau de conhecimento da comunidade; auditorias internas; reuniões de serviço, comunitárias de planeamento etc.

As não conformidades tiveram origem no desenvolvimento da missão e consecução dos procedimentos e instruções de trabalho, assim como em auditorias, reclamações, entre outros.

TRATAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES E AÇÕES DE MELHORIA

Avaliação da eficácia				
Tipo	Nº	Nº de ações eficazes	Nº de ações ineficazes	Observações
AÇÕES CORRETIVAS	12	6	0	Existem 6 ações corretivas cuja eficácia não foi avaliada uma vez que o prazo previsto para a conclusão dos planos é 2015.
AÇÕES MELHORIA	20	11	3	Existem 6 ações melhoria cuja eficácia não foi avaliada uma vez que o prazo previsto para a conclusão dos planos é 2015
AÇÕES PREVENTIVAS	6	6	0	

PROJETOS DE MELHORIA IMPLEMENTADOS E MONITORIZADOS EM 2014

Avaliação da eficácia			
Nome	Indicadores	Resultados	
"SORRIR COM GOSTO"	60% das utentes com resultados superiores ou igual a 4 numa escala de likert	Das 10 utentes, 6 obtiveram uma média de 4 pelo que se atingiu os 60% propostos.	O projecto de melhoria implementado na área da deficiência mental promoveu autonomia na higiene oral

Principais áreas de intervenção das ações de melhoria/corretivas e projetos de melhoria:

- Área assistencial de prestação de cuidados e promoção da autonomia das utentes



Face à análise efetuada propõem-se as seguintes ações de melhoria:

- Iremos reforçar junto dos responsáveis de processo e colaboradores responsáveis diretos pelas monitorizações o entendimento sobre este procedimento.
- Implementação dos projetos de melhoria:
 - “Melhor planeamento melhor intervenção”
 - “+Saúde+ Bem-estar”
 - “Psicoeducação para as famílias na área da psicogeriatría”



2.10.2 – Inovação

Enquadramento – introdução

Nome do Projeto	Objetivos/Indicadores	Resultados
<i>Projeto "Projetar'te"</i>	<p>Melhorar e otimizar as áreas e competências da cognição, das relações interpessoais, expressão artística e linguagem. Incrementar o empowerment e a aumentar o auto-conceito e a melhoria do estado clínico nas utentes da psiquiatria.</p> <p>Nº de presenças</p> <p>Aumentar em 15% o nº de utentes com auto-conceito (inventário clínico do auto-conceito) : bom e ótimo.</p> <p>Aumentar em 20% das utentes a percepção de empowerment (escala portuguesa de empowerment)</p> <p>Reduzir pelo menos 3 sintomas identificados na primeira aplicação do inventário de sintomas psicopatológicos.</p>	<p>O projeto teve início a 1 de outubro de 2014 e finalizará a 1 de Abril de 2015. (Aqui apenas são mencionados os dados iniciais do projeto.)</p> <p>Na avaliação inicial as utentes obtiveram o resultado global de 69,5%.</p> <p>Os itens com maior pontuação na escala de <i>empowerment</i> são proatividade e compromisso social e segurança e persistência.</p> <p>Na avaliação inicial as utentes obtiveram o resultado global de 48,8%</p>
<i>Projeto "Relax"</i>	<p>Diminuir o nº de ocorrências e episódios críticos relacionados com alterações de stress e ansiedade</p> <p>Nº de presenças</p>	<p>Não se registaram ocorrências durante a aplicação do programa.</p> <p>Das 9 utentes que</p>



		<p>Níveis de satisfação com o programa</p> <p>Identificar através da escala de vulnerabilidade ao stress de Vaz Serra o número de utentes com maior propensão.</p> <p>Avaliar os níveis de qualidade de vida percebidos pelas utentes do projeto.</p>	<p>frequentaram regularmente as sessões obtivemos uma média de 7 utentes por sessão.</p> <p>78% das utentes estão muito satisfeitas e 22% estão satisfeitas.</p> <p>Das 9 utentes 5 apresentam maior vulnerabilidade ao stress</p> <p>Verificou-se uma satisfatória percepção de qualidade de vida em todas as utentes.</p>
Projeto "Cordofonias à Saúde"	à	<p>Aquisição de competências – conhecer o instrumento Cavaquinho.</p> <p>Executar diferentes acordes musicais</p> <p>Desenvolver a motricidade fina.</p> <p>Nº de presenças</p> <p>Nº de acordes aplicados</p>	<p>Verificou-se que apesar de haver uma frequência significativa das 8 utentes nas sessões (média no período de 6 meses de 28,2), previa-se que houvesse uma maior aprendizagem e assimilação dos conteúdos musicais, nomeadamente o número de acordes apreendidos.</p> <p>De um modo homogéneo verifica-se que só apreenderam 2 acordes de modo satisfatório. Esta situação poderá estar relacionada com o tipo de medicação que as utentes em questão tem prescrita, nomeadamente o uso de neuroléticos.</p>



3 – Conclusões

A implementação do sistema de gestão da qualidade na Casa de Saúde Bento Menni permitiu uma reorganização da metodologia de trabalho e mobilizar de uma forma eficiente todos os recursos, internos e externos, de forma a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e partes interessadas.

Tendo em conta todos os elementos de análise mencionados ao longo deste relatório considera-se que o sistema de gestão da qualidade implementado é eficaz no cumprimento dos seus objetivos, na satisfação das necessidades e expectativas da sociedade e na sua orientação para o utente.

Traçam-se como principais desafios para o próximo ano a recertificação pelo Modelo EQUASS ASSURANCE, a implementação/proposta de ações de melhoria com vista à melhoria contínua e a monitorização do SGQ.

Pontos fortes:

- Satisfação de todas as partes interessadas
- Sistematização e apresentação de resultados
- Promoção do trabalho em equipa e envolvimento das pessoas no SGQ
- Evidência de resultados ao nível da autodeterminação e empowerment dos utentes
- Parcerias que são mais-valias efetivas no desenvolvimento da missão
- Aposta no desenvolvimento dos recursos humanos e reforço através de ações de reconhecimento

Pontos fracos:

- Ausência de 2 elementos da equipa da qualidade por licença de maternidade
- Dificuldade em cumprir todos os prazos previstos nos processos/procedimentos
- Algumas resistências na monitorização de todos os indicadores SGQ

Elaborado por: Gestora da Qualidade /equipa da qualidade



Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua José dos Santos - Bairro da Luz, 6300-575 Guarda
Telf.: (+351) 271 200 840 - Fax: (+351) 271 223 560
www.irmashospitaleiras.pt/csbm



**Irmãs
Hospitaleiras**
CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DA COMUNIDADE 2014



Índice

1 – Introdução	2
2 - Metodologia de entrega dos questionários.....	2
3 - Apresentação de resultados da avaliação do conhecimento da comunidade.....	3
4 - Áreas de melhoria identificadas.....	10
5 - Conclusão.....	11



1 – Introdução

A participação e opinião dos cidadãos são fundamentais para melhorar os serviços da CSBM. Deste modo, aplicou-se o **MOD.47** – Questionário de avaliação do grau de conhecimento da comunidade, pretendendo-se obter dados relativos sobre a eficácia da comunicação externa do estabelecimento de saúde. Em função dos resultados obtidos, o Centro pretende desenvolver estratégias para adequar esta visão externa a respeito da instituição às necessidades e expectativas da comunidade.

Neste relatório, após a presente introdução, é identificada, no ponto 2, a metodologia usada na entrega dos questionários. De seguida, no ponto 3 apresentam-se os resultados através das respostas obtidas nos questionários de avaliação do grau de conhecimento da comunidade e, posteriormente, identificam-se as áreas de melhoria. Por último, no ponto 4, termina-se a abordagem realizada com as conclusões obtidas da análise efetuada aos questionários, que pretendem resumir o relatório realizado.

2 - Metodologia de entrega dos questionários

O questionário de avaliação do grau de conhecimento da comunidade, descrito no **PROC.09**, foi aplicado entre janeiro de 2014 e outubro de 2014 no âmbito da receção de visitas de estudo.

Até ao final de outubro de 2014, foram disponibilizados e recolhidos pessoalmente 108 questionários, nomeadamente, 33 questionários a estudantes universitários de enfermagem em 26/03/2014 e 40 questionários também a estudantes universitários de enfermagem em 20/10/2014, 20 questionários a formandos do instituto de emprego e formação profissional em 18/07/2014 e 15 questionários à comunidade em 18/07/2014.

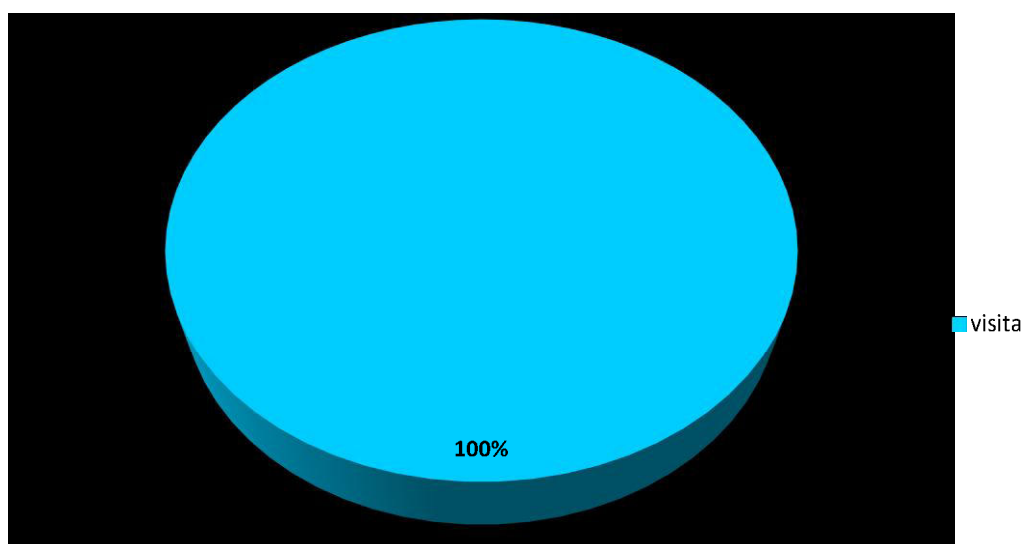


3 - Apresentação de resultados da avaliação do conhecimento da comunidade

Os resultados dos questionários de avaliação do grau de conhecimento da comunidade são apresentados em reuniões comunitárias, afixados no placard da receção e na página web.

São apresentados, seguidamente, os resultados obtidos, relativamente às perguntas do questionário de avaliação do grau de conhecimento da comunidade.

Figura 1- Avaliação da resposta relativa à pergunta inicial do questionário: “O seu contacto com a CSBM é no âmbito de?”

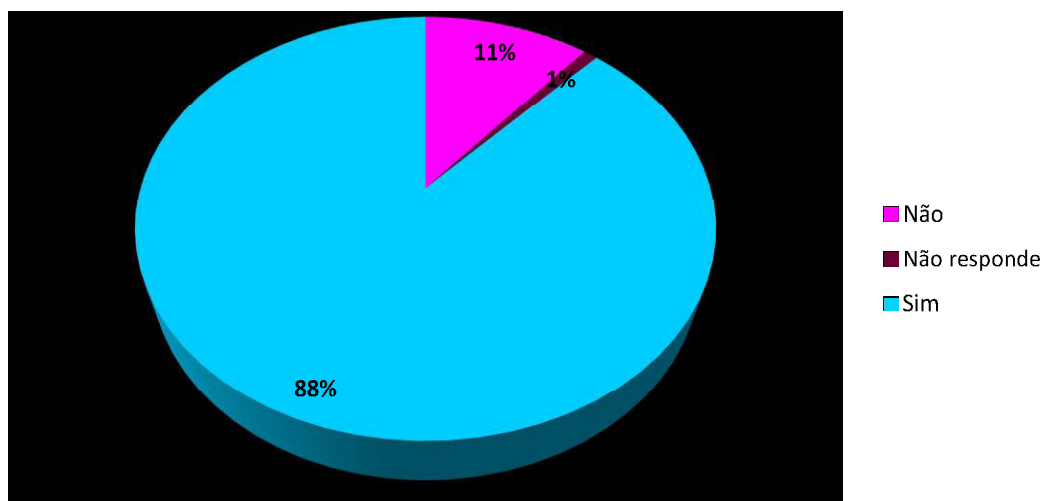


Fonte: Elaboração própria

Através do gráfico da figura 1, verifica-se que, como já foi referido anteriormente, o contacto com a Casa de Saúde Bento Menni é de 100% no âmbito de visita.



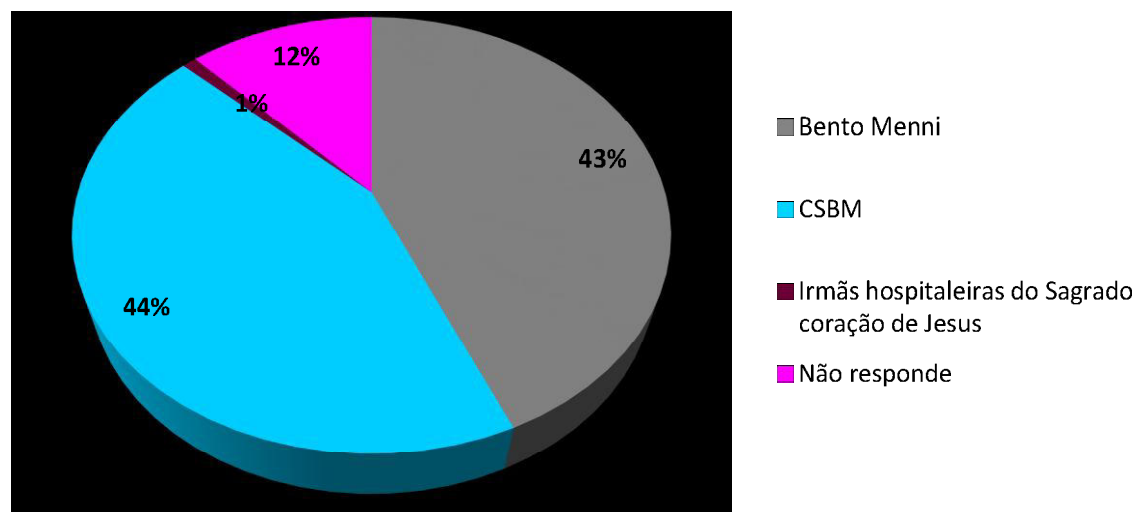
Figura 2- Avaliação da resposta relativa à pergunta 1 do questionário: “Conhece a CSBM?”



Fonte: Elaboração própria

Através do gráfico da figura 2, verifica-se que, 88% dos inquiridos conhecem a Casa de Saúde Bento Menni, 11% não conhecem a instituição e 1% não respondeu.

Figura 3- Avaliação da resposta relativa à pergunta 2 do questionário: “Qual a designação ou nome pelo qual conhece a instituição?”

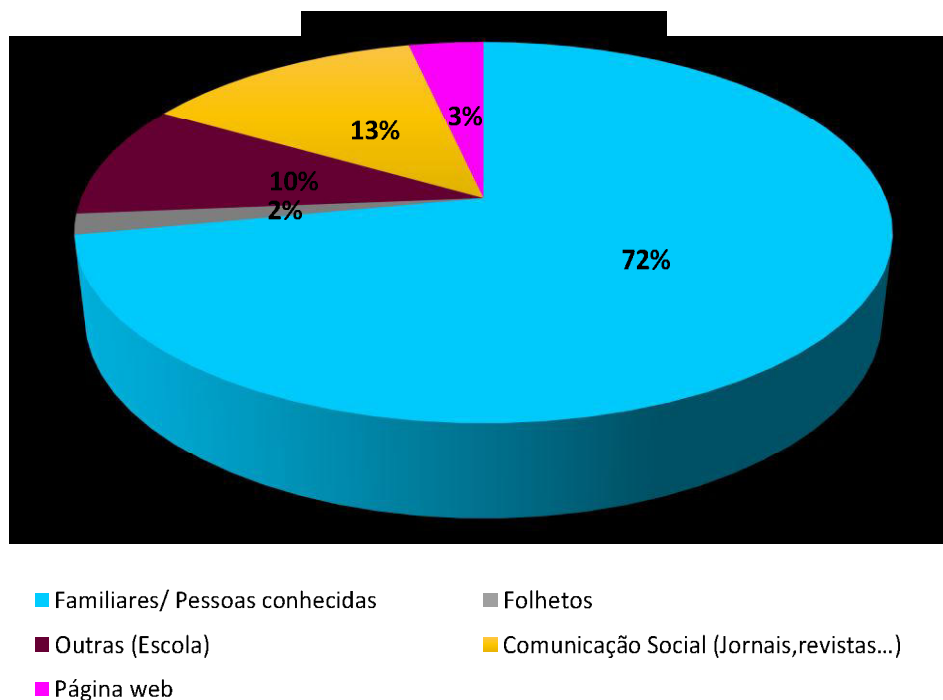


Fonte: Elaboração própria

Através do gráfico da figura 3, pode afirmar-se que, 88% dos inquiridos sabem qual a designação ou nome da instituição e 12% dos inquiridos não responderam à questão.



Figura 4- Avaliação da resposta relativa à pergunta 3 do questionário: “Como conheceu os serviços prestados por esta instituição?”

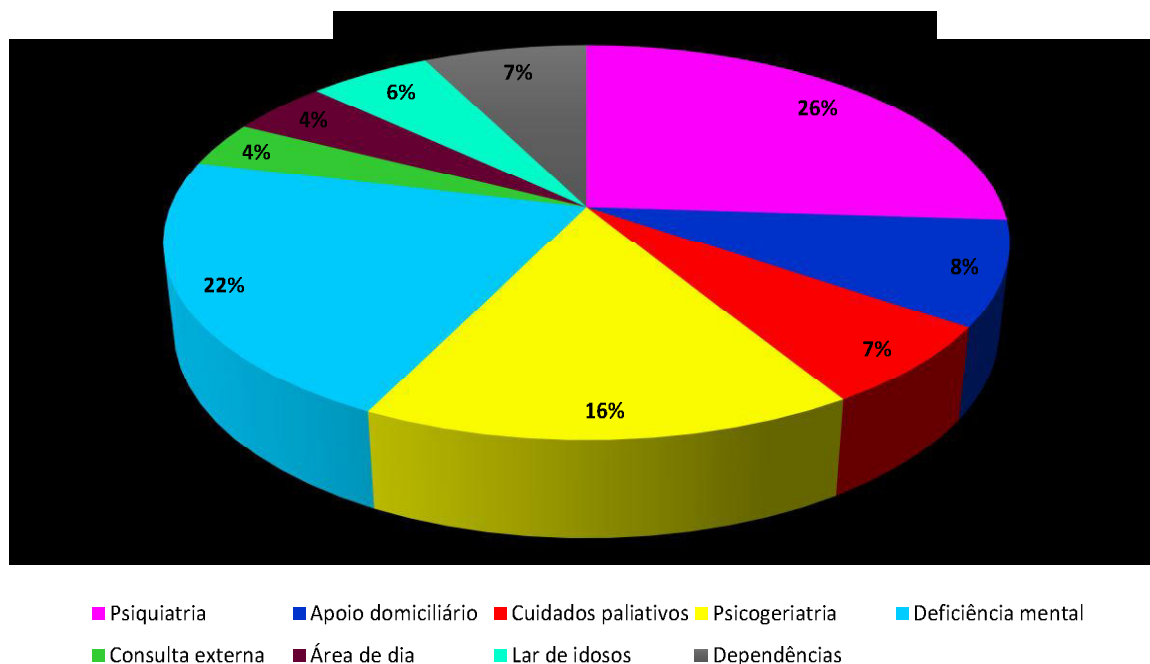


Fonte: Elaboração própria

Pela interpretação do gráfico da figura 4, verifica-se que a forma como os elementos dizem ter tomado conhecimento da CSBM divide-se por algumas opções de resposta, sendo a mais significativa (72%) o conhecimento através de familiares/pessoas conhecidas, seguida de outras formas de conhecimento, neste caso a comunicação social com 13%, posteriormente, seguiu-se a escola com 10%, depois com 3% a página web e por último com 2% os folhetos.



Figura 5- Avaliação da resposta relativa à pergunta 4 do questionário: “Quais as áreas de intervenção desta instituição?”



Fonte: Elaboração própria

Pela análise do gráfico da figura 5, constatou-se que as respostas de cuidados de saúde que os inquiridos sabem que a CSBM presta são:

Psiquiatria: 26%

Deficiência mental: 22%

Psicogeriatria: 16%

Apoio domiciliário: 8%

Dependências: 7%

Cuidados paliativos: 7%

Lar de idosos: 6%

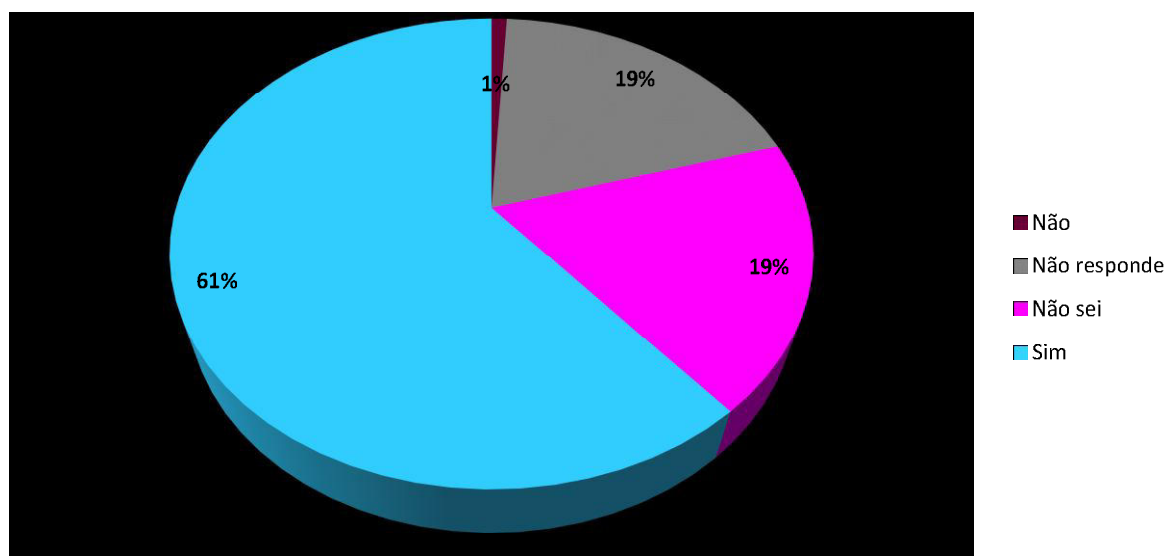
Consulta externa: 4%

Área de dia: 4%

As respostas obtidas evidenciam desconhecimento das áreas de intervenção da instituição, o que necessariamente nos leva a repensar a comunicação externa.



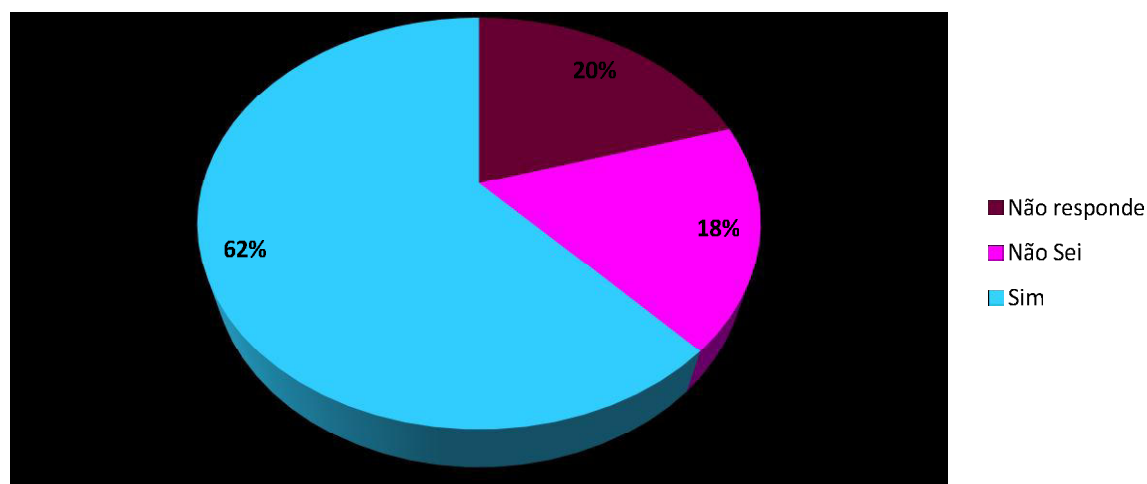
Figura 6- Avaliação da resposta relativa à pergunta 5 do questionário: "Considera que os serviços prestados vão de encontro às necessidades da comunidade?"



Fonte: Elaboração própria

Pela observação do gráfico da figura 6 constatou-se que, 61% dos inquiridos considera que os serviços prestados vão de encontro às necessidades da comunidade; 19% dos inquiridos não sabem e também 19% dos inquiridos não responderam e, por último, 1% considera que os serviços prestados não vão de encontro às necessidades da comunidade.

Figura 7- Avaliação da resposta relativa à pergunta 6 do questionário: "Do que conhece acha que os serviços desenvolvidos são importantes?"

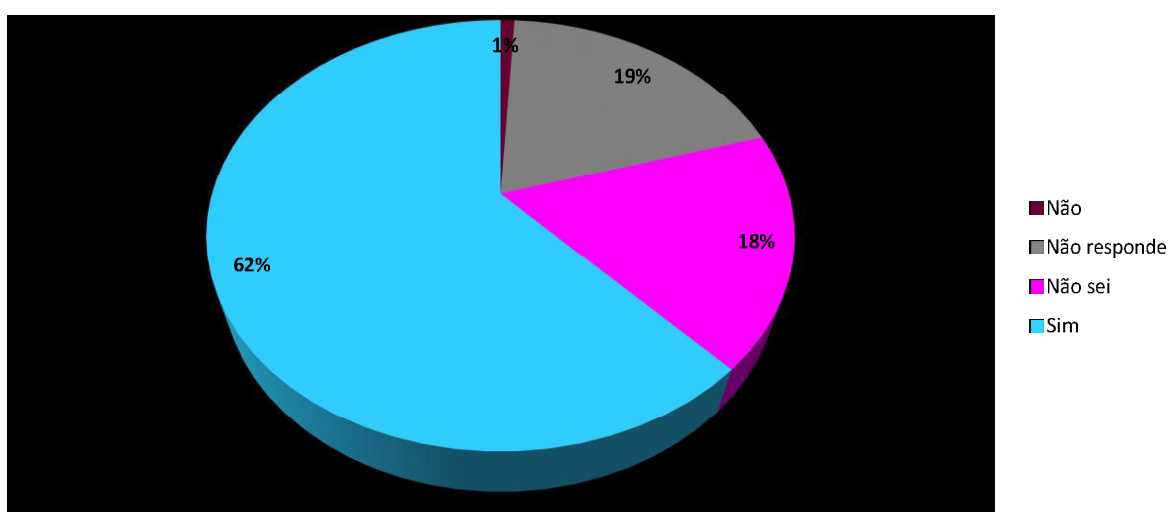




Fonte: Elaboração própria

Através do gráfico da figura 7, verifica-se que, 62% dos inquiridos do que conhecem acham que os serviços desenvolvidos são importantes, 20% dos inquiridos não respondem e 18% não respondeu.

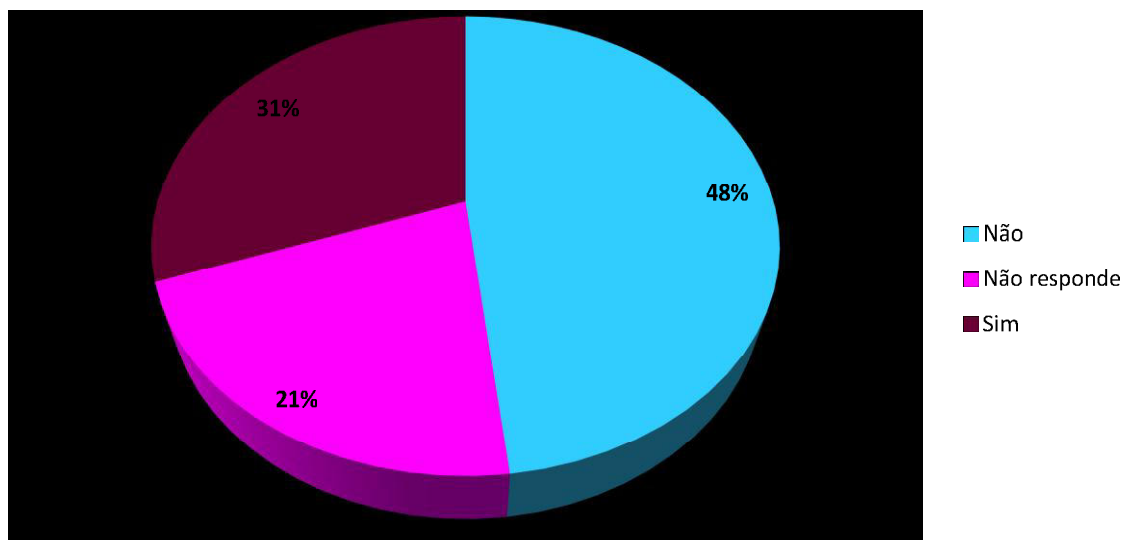
Figura 8- Avaliação da resposta relativa à pergunta 7 do questionário: “Considera que esta instituição é respeitada e reconhecida na comunidade pela sua qualidade e utilidade?”



Fonte: Elaboração própria

Pela observação do gráfico da figura 8, verificou-se que 62% dos inquiridos consideram que a instituição é respeitada e reconhecida na comunidade pela sua qualidade e utilidade. Em contrapartida, 18% não sabem se a instituição é respeitada e reconhecida na comunidade pela sua qualidade e utilidade, 19% dos inquiridos não respondem à questão e 1% dos inquiridos diz que a instituição não é respeitada e reconhecida na comunidade pela sua qualidade e utilidade.

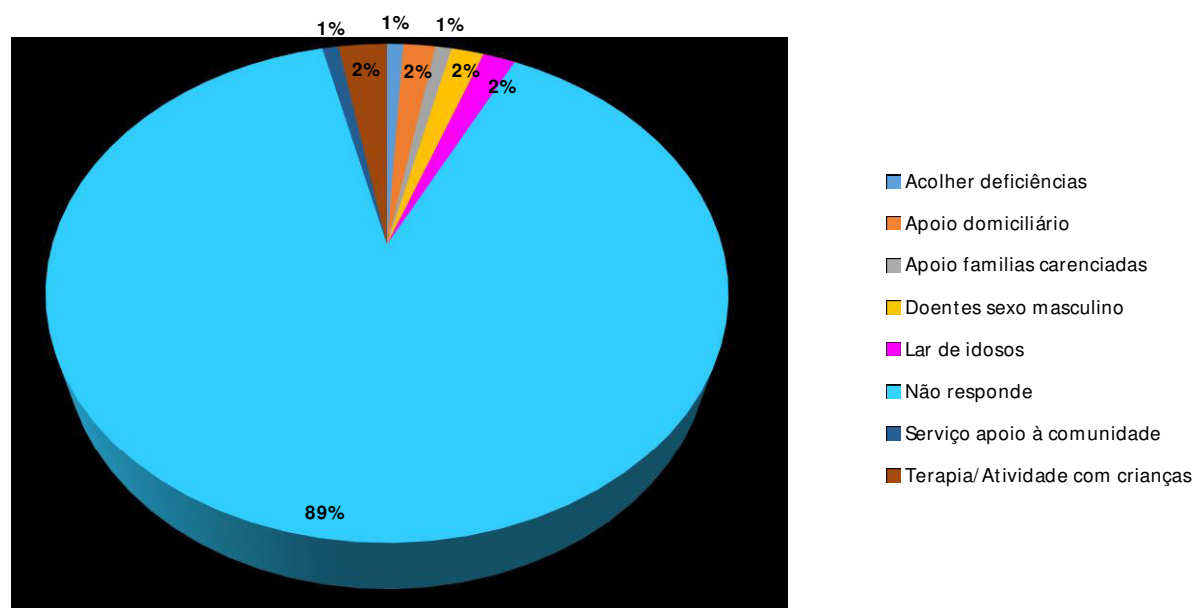
Figura 9- Avaliação da resposta relativa à pergunta 8 do questionário: “Acha que existe divulgação suficiente sobre os serviços desenvolvidos?”



Fonte: Elaboração própria

Pela análise do gráfico 9, observou-se que 48% dos inquiridos consideram que não existe divulgação e informação suficiente sobre os serviços desenvolvidos pela CSBM. Em contrapartida, 31% dos mesmos tem opinião contrária e 21% não responde.

Figura 10- Avaliação da resposta relativa à pergunta 9 do questionário: “Que tipo de serviço gostaria de ver desenvolvido pela instituição?”



Fonte: Elaboração própria



A análise do gráfico da figura 10 permite constatar que 89% dos inquiridos não respondem quando lhes perguntam que outros serviços gostaria que a CSBM desenvolvesse. Por sua vez, 11% dos inquiridos referiu que era importante que a CSBM desenvolvesse serviços, tais como, lar de idosos (2%), apoio domiciliário (2%), doentes do sexo masculino (2%), terapia e/ou atividade com crianças, apoio a famílias carenciadas (1%), acolhimento de deficiências (1%) e serviço de apoio à comunidade (1%).

Relativamente à pergunta 10 do questionário – “Sugestões e comentários” responderam apenas 8 dos 108 inquiridos.

As sugestões encontram-se abaixo mencionadas:

- “Criar estratégias de marketing para promover os serviços do centro”;
- “Dar palestras no Instituto Politécnico da Guarda/ Escola Superior de Saúde”;
- “Acolher a deficiência”;
- “Dinamizar informação”;
- “Maior divulgação”;
- “Importante existir apoio ao domicílio”.

4 - Áreas de melhoria identificadas

A primeira área de melhoria identificada é o grau de desconhecimento ainda significativo de uma instituição desta dimensão, no distrito da Guarda. Não obstante o esforço desenvolvido pelo Centro, nos últimos anos, de divulgação da instituição para o exterior, existe um trabalho grande a desenvolver a este nível.

Uma outra ação de melhoria, prende-se com a necessidade de atualização dos folhetos e website da CSBM e uma maior divulgação junto da comunicação social.

Deste modo, deve-se continuar apostar numa correta e crescente divulgação da CSBM e dos serviços desenvolvidos, e, nos próximos anos, espera-se obter uma melhoria significativa do grau de conhecimento da comunidade.



- Reforço de divulgação dos serviços prestados através dos meios de comunicação social (sendo este um meio privilegiado de conhecimento sobre a instituição)
- Distribuição de um folheto na comunidade na Marcha pela saúde mental – Dia da Saúde – 7 Abril de 2015
- Ação de recolha de questionários de conhecimento da comunidade, junto da população do Bairro da Luz – Maio de 2015

5 - Conclusão

O número de questionários recolhidos e tratados, em 2014, deve ser aumentado e alargado a diferentes comunidades.

Contudo, através dos questionários foi possível à CSBM tirar conclusões sobre o grau de conhecimento da comunidade.



Irmãs
Hospitaleiras

CASA DE SAÚDE BENTO MENNI

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO *2014*



Índice

1.	Introdução	3
2.	Metodologias de avaliação da satisfação.....	4
3.	Apresentação de resultados.....	5
4.	Conclusão.....	38



1.Introdução:

A avaliação do grau de satisfação relativamente à qualidade dos serviços prestados e sua adequação às necessidades e expectativas dos utentes, do familiar/tutor ou pessoa significativa, dos profissionais, voluntários, entidades parceiras e entidades financiadoras que interagem com a Casa de Saúde Bento Menni, assume um papel essencial na estruturação de uma política de qualidade ativa que responda favoravelmente às necessidades e expectativas de todos os intervenientes.

Deste modo, tendo como referência as normas do modelo “EQUASS – Assurance”, a Casa de Saúde Bento Menni em 2014 desenvolveu um processo de auscultação de todas as “Partes Interessadas” através da aplicação de questionários de avaliação do grau de satisfação em relação à instituição e aos serviços prestados, e identificou os pontos fortes e as ações de melhoria a implementar. Pretende-se ter na organização, uma dinâmica de melhoria contínua dos serviços e das pessoas que prestam todos os serviços assistenciais.

A avaliação dos resultados possibilitará o conhecimento da perceção individual e coletiva de todas as partes interessadas, relativamente à qualidade dos serviços prestados no Centro e sua adequação às necessidades e expectativas, e ainda, identificar ações de melhoria.

Neste relatório, após a presente introdução, são identificadas, no ponto 2, as metodologias utilizadas para a avaliação da satisfação. De seguida, o ponto 3 tem por intuito fazer a apresentação dos resultados, para tal, inicia-se este ponto fazendo a monitorização dos questionários de avaliação da satisfação de todas as partes interessadas e, posteriormente, identificam-se outras metodologias de avaliação da satisfação. Por último, no ponto 4, termina-se a abordagem realizada com as conclusões obtidas da análise realizada aos questionários de avaliação da satisfação, que pretendem resumir o relatório realizado.



2. Metodologias de avaliação da satisfação

O processo de auscultação realizou-se através da aplicação de questionários, disponibilizados e recolhidos por correio digital ou analógico e pessoalmente às seguintes “Partes interessadas”:

- Utentes internados em unidades de longo internamento (Utentes LI);
- Familiares/pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento;
- Profissionais;
- Voluntários;
- Utentes de consulta externa;
- Entidades parceiras/entidades financiadoras.

A metodologia utilizada para cumprir os objetivos do processo de auscultação é qualitativa, atribuindo algarismos ao grau de satisfação, onde: um (1) é Muito Insatisfeito e quatro (4) é Muito Satisfeito; Existem também as opções: não sei (NS) caso não saiba responder à afirmação e não se aplica (NA) para quando a afirmação não se aplicar à situação.

Com a finalidade de avaliar o grau de satisfação relativamente à qualidade dos serviços prestados e sua adequação às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas, procedeu-se à entrega, pessoalmente, nos meses de maio e junho de 2014, do questionário **MOD.60** aos utentes internados em unidades de longo internamento (utentes capazes de responder autonomamente ou com apoio), num total de 60 questionários entregues, foram recolhidos 45 questionários; De seguida, também nos meses de maio e junho, procedeu-se à entrega por correio digital ou analógico e pessoalmente aos familiares/pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento do questionário **MOD.61**, num total de 85 questionários, obtiveram-se 78 respostas; Em maio de 2014, procedeu-se à entrega,



pessoalmente, do questionário **MOD.64** aos profissionais, num total de 65 questionários entregues, obtiveram-se 57 de respostas; Entregou-se também, em maio de 2014, pessoalmente, o questionário **MOD.65** aos 14 voluntários da Casa de Saúde Bento Menni, dos quais se obtiveram 14 respostas. Procedeu-se também, durante todo ano, à entrega após a 1ª consulta externa, dos questionários **MOD.66** aos 47 utentes de consulta externa, dos quais se obtiveram 14 respostas. Por último, entregou-se através de correio o questionário **MOD.68** às Entidades parceiras/entidades financiadoras.

3. Apresentação de resultados

Os resultados dos questionários de satisfação relativamente à qualidade dos serviços prestados e sua adequação às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas são apresentados em reuniões comunitárias e afixados no placard da receção e na página web. Neste ponto, inicialmente, faz-se a monitorização dos questionários de avaliação da satisfação de todas as partes interessadas e, posteriormente, identificam-se outras metodologias de avaliação da satisfação.

3.1. Monitorização dos questionários de avaliação da satisfação

Como já foi referido anteriormente, é fundamental analisar e melhorar as ferramentas e políticas adotadas pela organização com o objetivo de aumentar a satisfação e fidelização de todas as “Partes interessadas”. Assim sendo, identificam-se, seguidamente, todos os questionários aplicados, fazendo uma breve análise dos resultados obtidos.

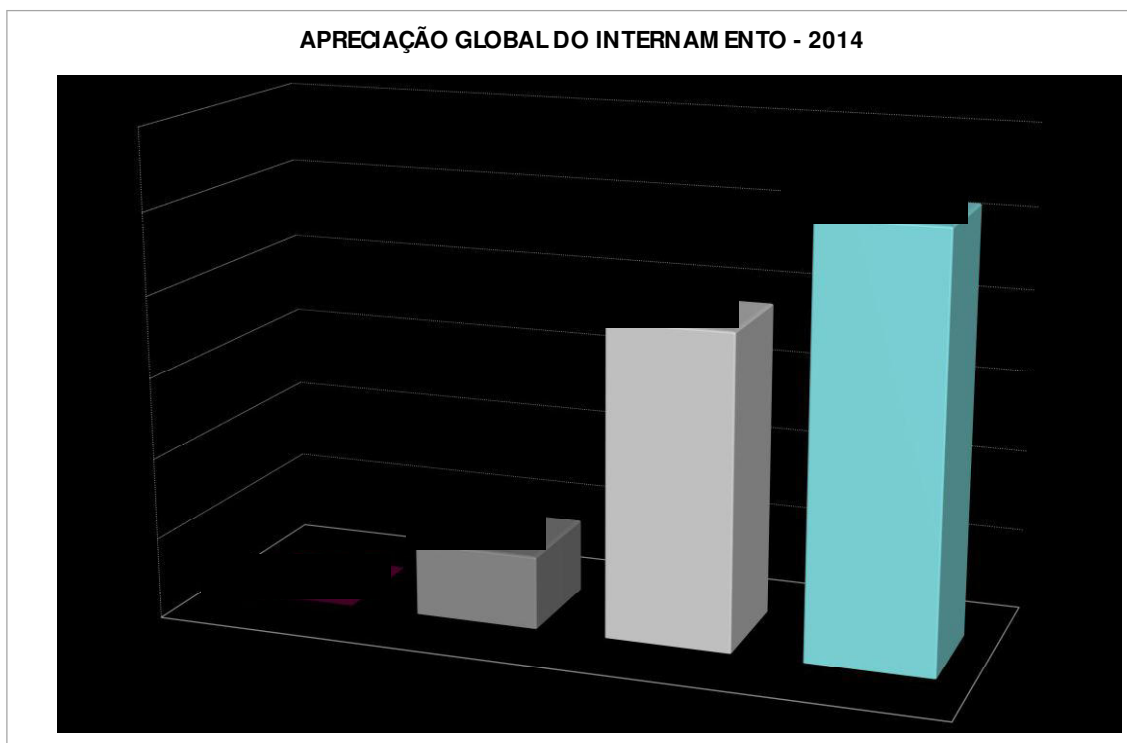


3.1.1. Avaliação do grau de satisfação dos utentes internados em unidades de longo internamento

A satisfação dos utentes com a CSBM é prioritária, pois, as necessidades e expectativas destes estão em constante transformação, logo, a instituição deve adotar metodologias adaptadas a estas necessidades. Assim, no gráfico da figura 1 apresenta-se a apreciação global da satisfação dos Utentes LI com a organização (CSBM) no Ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 1, verificou-se que existe um total de 91% de utentes satisfeitos, sendo que destes, 52% estão muito satisfeitos. Contudo, deve-se ter em atenção, como oportunidade de melhoria os 9% de utentes insatisfeitos.

Figura 1- Apreciação global da satisfação dos Utentes LI no ano de 2014

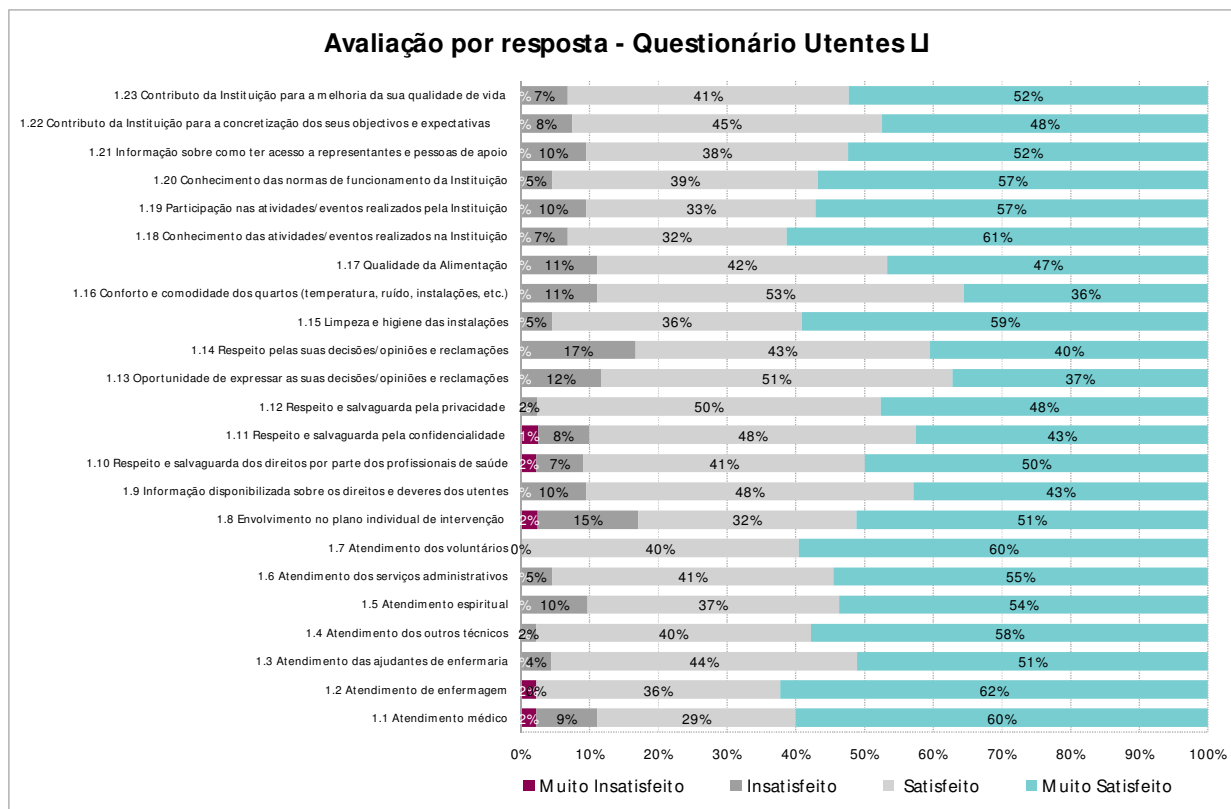


Fonte: Elaboração própria



De modo a facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 2, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos Utentes LI.

Figura 2- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos Utentes LI



Fonte: Elaboração própria

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **utentes internados em unidades de longo internamento** ressaltam os seguintes, cinco, **pontos fortes**:

- O **atendimento dos voluntários** 100% de satisfação (60% muito satisfeitos);
- O **respeito e salvaguarda pela privacidade** 98% de satisfação (48% muito satisfeitos);
- O **atendimento de enfermagem** 98% de satisfação (62% muito satisfeitos);
- O **atendimento dos outros técnicos** 98% de satisfação (58% muito satisfeitos);



- O **atendimento das ajudantes de enfermagem 96%** de satisfação (51% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- **Respeito pelas suas decisões/ opiniões e reclamações** 83% de satisfação (17% insatisfeitos);
- **Envolvimento no plano individual de intervenção** 83% de satisfação (17% insatisfeitos).

Da análise efetuada verifica-se que existe necessidade de reforçar junto dos técnicos de referência o envolvimento dos utentes na elaboração, monitorização e avaliação dos planos individuais. Esta ação de melhoria é parte integrante de um plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção” no âmbito dos planos individuais a implementar em 2015.

Relativamente ao valor obtido das respostas à questão: respeito pelas suas decisões/ opiniões e reclamações, as ações de melhoria de melhoria encontram-se elencadas em seguida:

- Elaborar com o grupo de auto-representação um folheto de divulgação destes mecanismos /como ter acesso a pessoas de apoio
- Implementar mecanismos de resposta nas reuniões comunitárias envolvendo os responsáveis de serviço visados nas reclamações/opiniões agilizando decisões

Fazendo uma comparação das oportunidades de melhoria dos últimos três anos através do quadro 1, verificou-se que em 2014 os valores de insatisfação mantiveram-se ou aumentaram.



Quadro 1- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Utentes longo internamento (LI)		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Oportunidade de expressar as suas decisões/ opiniões e reclamações	23%	11%	12%
	Qualidade da alimentação	15%	11%	11%
	Respeito pelas suas decisões/ opiniões e reclamações	15%	7%	17%
	Envolvimento no plano individual de intervenção	9%	2%	17%

Fonte: Elaboração própria

Deste modo, torna-se necessário implementar medidas que promovam uma participação ainda mais ativa dos utentes no dia-a-dia da organização.

3.1.2. Avaliação do grau de satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento

A satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI com a CSBM é prioritária, pois, as necessidades e expectativas destes estão em constante transformação, logo, a instituição deve adotar metodologias adaptadas a estas necessidades.

De forma a possibilitar um tratamento de resultados mais diferenciado, no ano de 2014 procedeu-se à diferenciação das unidades a que se refere o questionário de satisfação. Deste modo, apresentam-se seguidamente, os resultados obtidos para as Unidades 01-02, Unidades 03-04, Unidades 05-06, Unidade 07 e Residência.



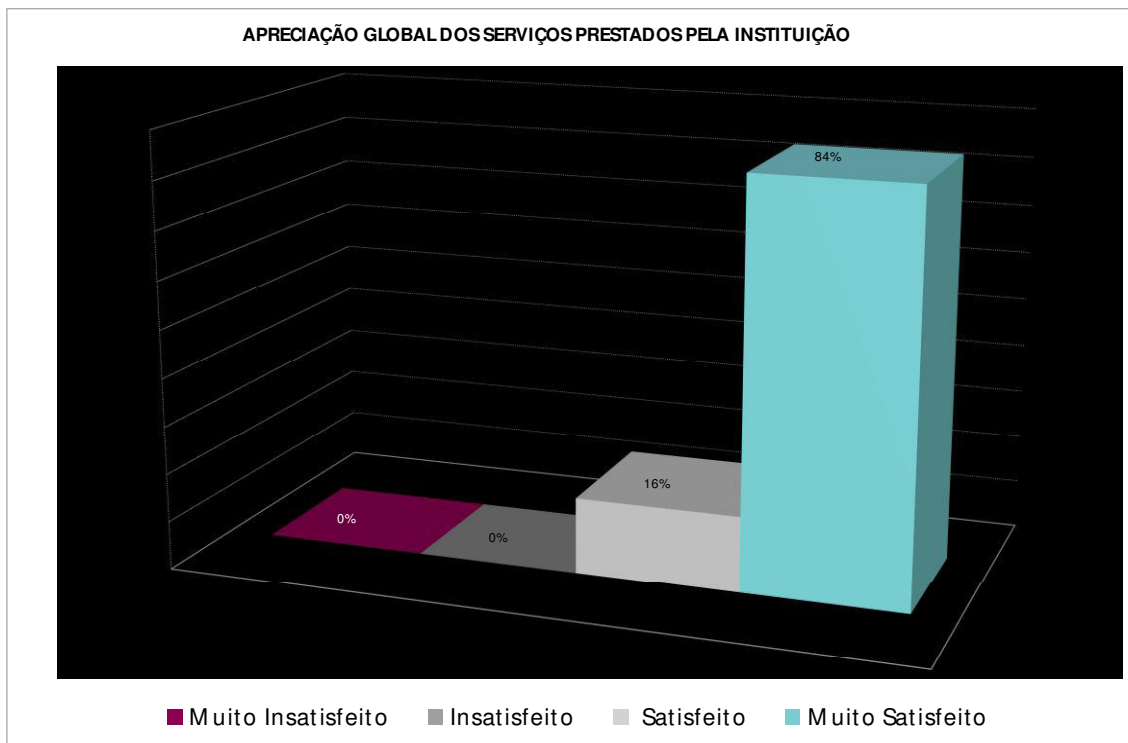
3.1.2.1. Unidades 01-02

As Unidades 01-02 dão resposta a utentes de evolução prolongada na área da Deficiência Mental com vários graus de dependência.

No gráfico da figura 3 apresenta-se a apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 01-02, no ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 3, verificou-se que existe um total de 100% de satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 01-02. Este resultado demonstra o empenho e dedicação de toda a organização na procura diária pela melhoria contínua.

Figura 3- Apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 01-02, no ano de 2014

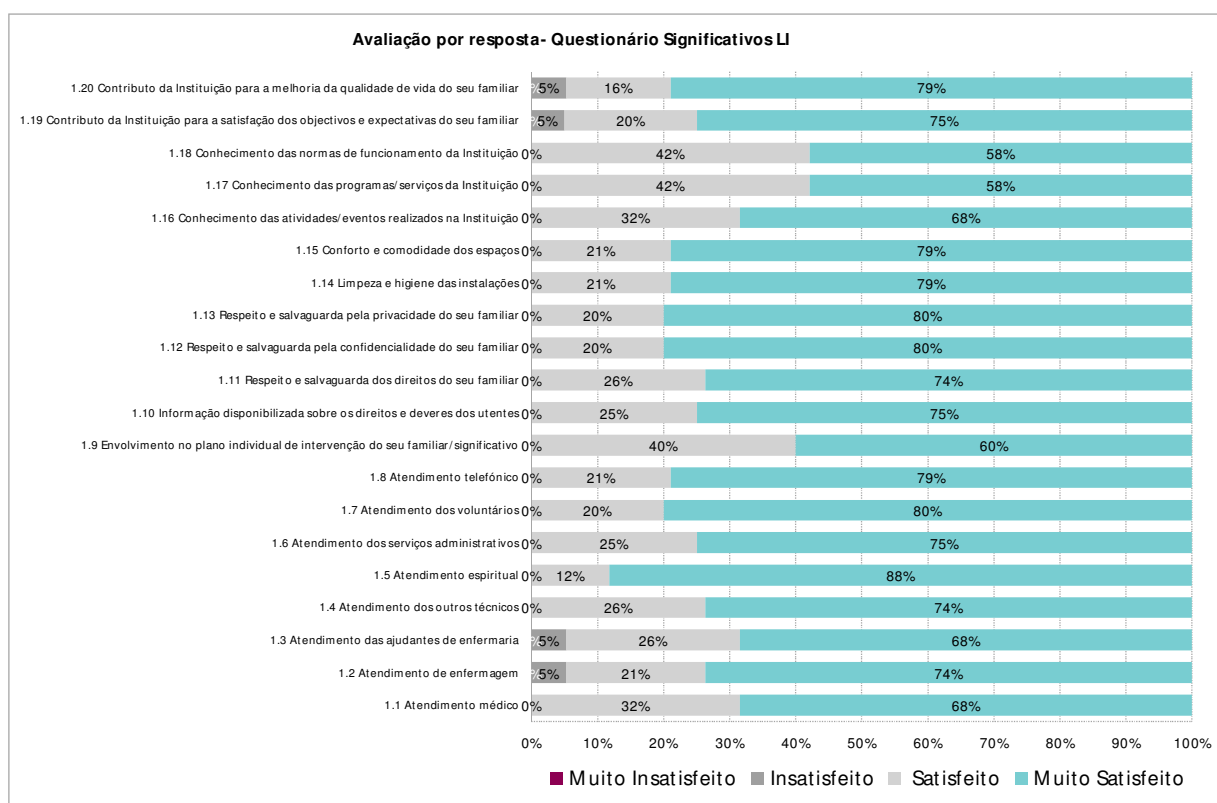


Fonte: Elaboração própria



Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 4, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 01-02.

Figura 4- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 01-02



Fonte: Elaboração própria

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidades 01-02**, ressaltam vários **pontos fortes**, contudo, destacam-se apenas cinco:

- O **atendimento espiritual** 100% de satisfação (88% muito satisfeitos);
- O **atendimento dos voluntários** 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);



- O **respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar** 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);
- O **respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar** 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);
- **Limpeza e higiene das instalações** 100% de satisfação (79% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- **Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar** 95% de satisfação (5% insatisfeitos);
- **Contributo da instituição para a satisfação dos objetivos e expectativas do seu familiar** 95% de satisfação (5% insatisfeitos);
- O **atendimento de enfermagem** 95% de satisfação (5% insatisfeitos);
- O **atendimento das ajudantes de enfermaria** 95% de satisfação (5% insatisfeitos).

As ações de melhoria relativamente ao atendimento das ajudantes de enfermaria e da equipa de enfermagem, são as seguintes:

- Sensibilização dos colaboradores destas unidades em reunião de serviço, para a melhoria no atendimento aos utentes/familiares
- Reforço do envolvimento das famílias destas unidades na elaboração dos PII (plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção”)



Fazendo uma comparação das oportunidades de melhoria dos últimos três anos através do quadro 2, verificou-se que em 2014 os valores se mantiveram. Analisando os resultados verificamos que este 5% não são muito significativos uma vez que num universo de 20 famílias que reponderam, representa 1 familiar.

Quadro 2- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Familiares/ significativos do longo internamento		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Atendimento espiritual	ND	ND	0%
	Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar	ND	ND	5%
	Contributo da instituição para a satisfação dos objetivos e expectativas do seu familiar	ND	ND	5%
	Atendimento de enfermagem	ND	ND	5%
	Atendimento das ajudantes de enfermaria	ND	ND	5%

Fonte: Elaboração própria

3.1.2.2. Unidades 03-04

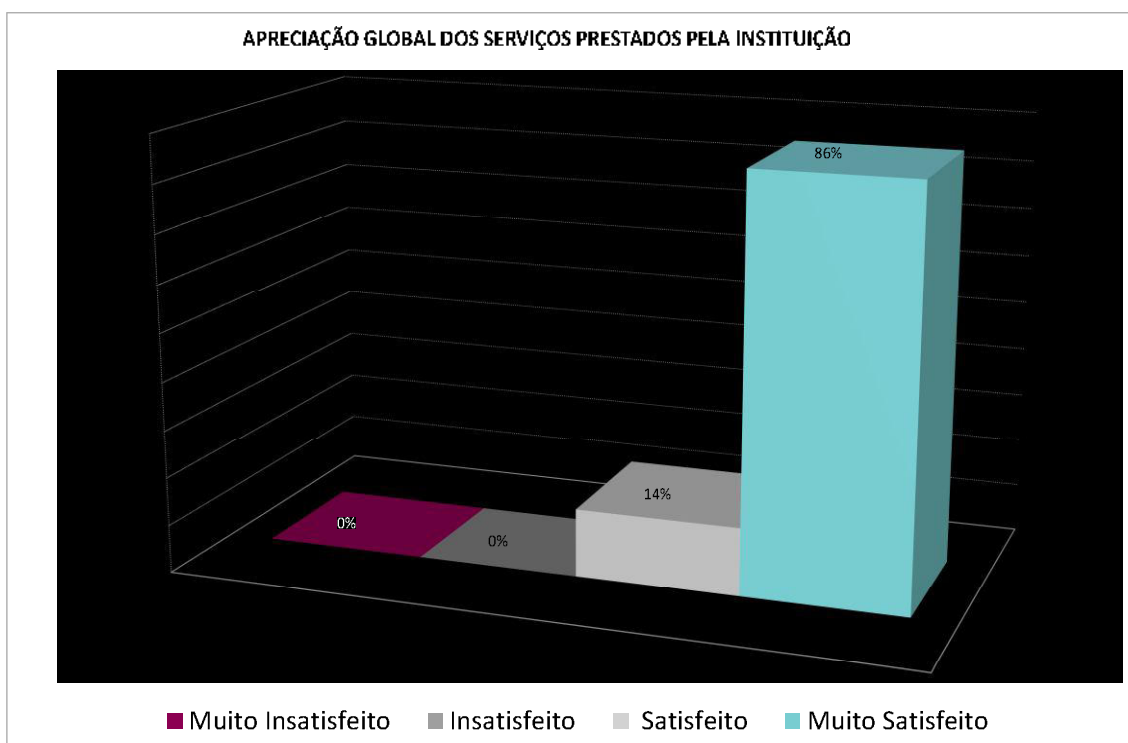
As Unidades 03-04 situação na área da psiquiatria e psicogeriatria respetivamente.

No gráfico da figura 5 apresenta-se a apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 03-04, no ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 5, verificou-se que existe um total de 100% de satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 03-04. Este resultado demonstra o empenho e dedicação de toda a organização na procura diária pela melhoria contínua.



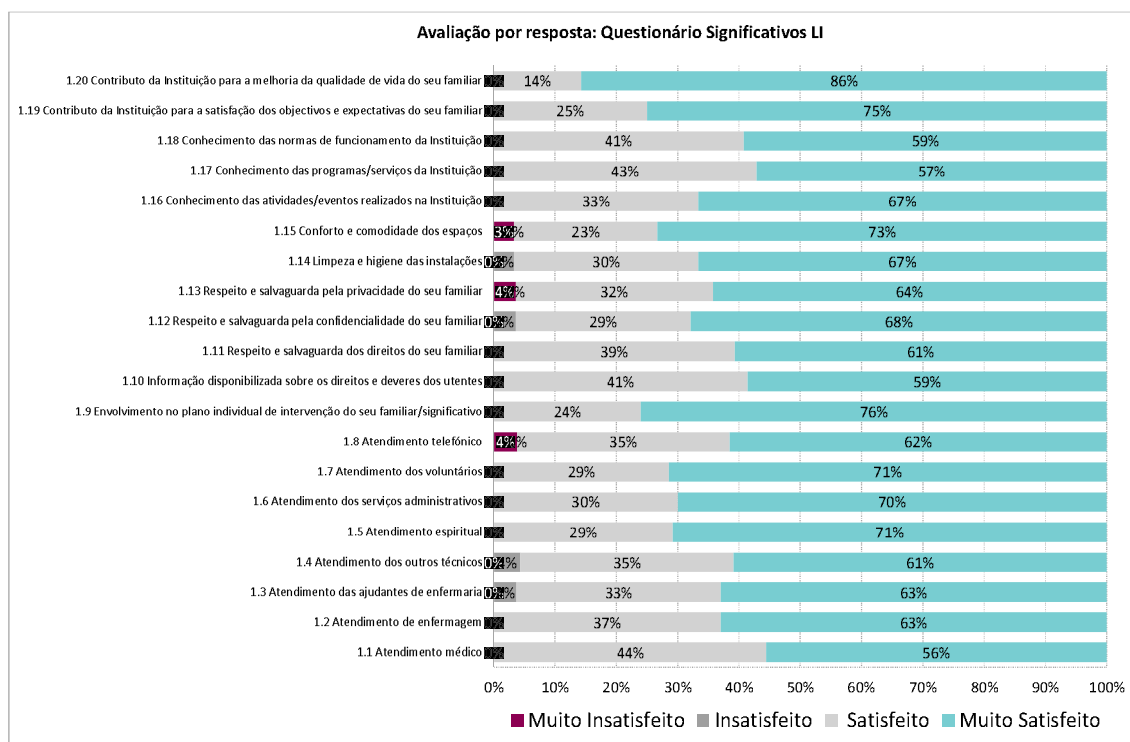
Figura 5- Apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 03-04, no ano de 2014



Fonte: Elaboração própria

Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 6, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 03-04.

Figura 6- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 03-04



Fonte: Elaboração própria

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidades 03-04**, destacam-se vários **pontos fortes**, tais como:

- **Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar 100% satisfação (86% muito satisfeitos);**
- **Envolvimento no plano individual de intervenção do seu familiar/significativo 100% de satisfação (76% muito satisfeitos);**
- **Contributo da instituição para a satisfação dos objetivos e expectativas do seu familiar 100% de satisfação (75% muito satisfeitos);**
- **O atendimento espiritual 100% de satisfação (71% muito satisfeitos);**
- **O atendimento dos voluntários 100% de satisfação (71% muito satisfeitos);**



Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

-O **respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar** 96% de satisfação (4% muito insatisfeitos);

-O **respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar** 96% de satisfação (4% muito insatisfeitos);

-O **conforto e comodidade dos espaços** 97% de satisfação (3% muito insatisfeitos);

Analisando os resultados verificamos que este 4% não são muito significativos uma vez que num universo de 30 famílias que reponderam, representa 1 familiar.

As ações de melhoria relativamente ao respeito e salvaguarda pela privacidade e confidencialidade, será reforçada junto dos profissionais através:

- Formação em contexto de trabalho no primeiro quadrimestre de 2015
- O item do conforto e comodidades espaços será colmatado com a realização das obras de remodelação das unidades em causa.

Fazendo uma comparação da oportunidade de melhoria dos últimos três anos através do quadro 3, verificou-se que em 2014 os valores diminuíram para 0%, o que significa que, se atingiu 100% de satisfação relativamente a esta oportunidade de melhoria.

Quadro 3- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Familiares/ significativos do longo internamento		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Atendimento espiritual	ND	ND	0%

Fonte: Elaboração própria



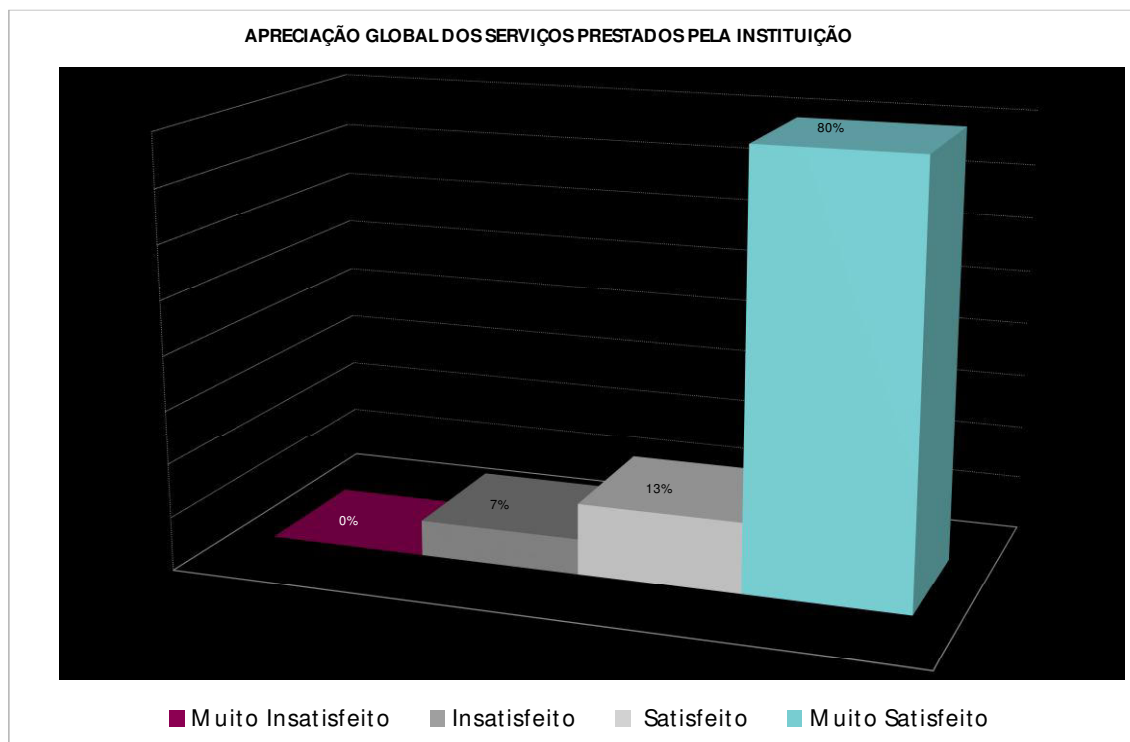
3.1.2.3. Unidades 05-06

As Unidade 05-06 assistem a área da psicogeriatra de longo internamento.

No gráfico da figura 7 apresenta-se a apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06, no ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 7, verificou-se que existe um total de 93% de satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06, sendo que destes, 80% estão muito satisfeitos. Contudo, deve-se ter em atenção, como oportunidade de melhoria os 7% de familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06 insatisfeitos.

Figura 7-Apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06, no ano de 2014



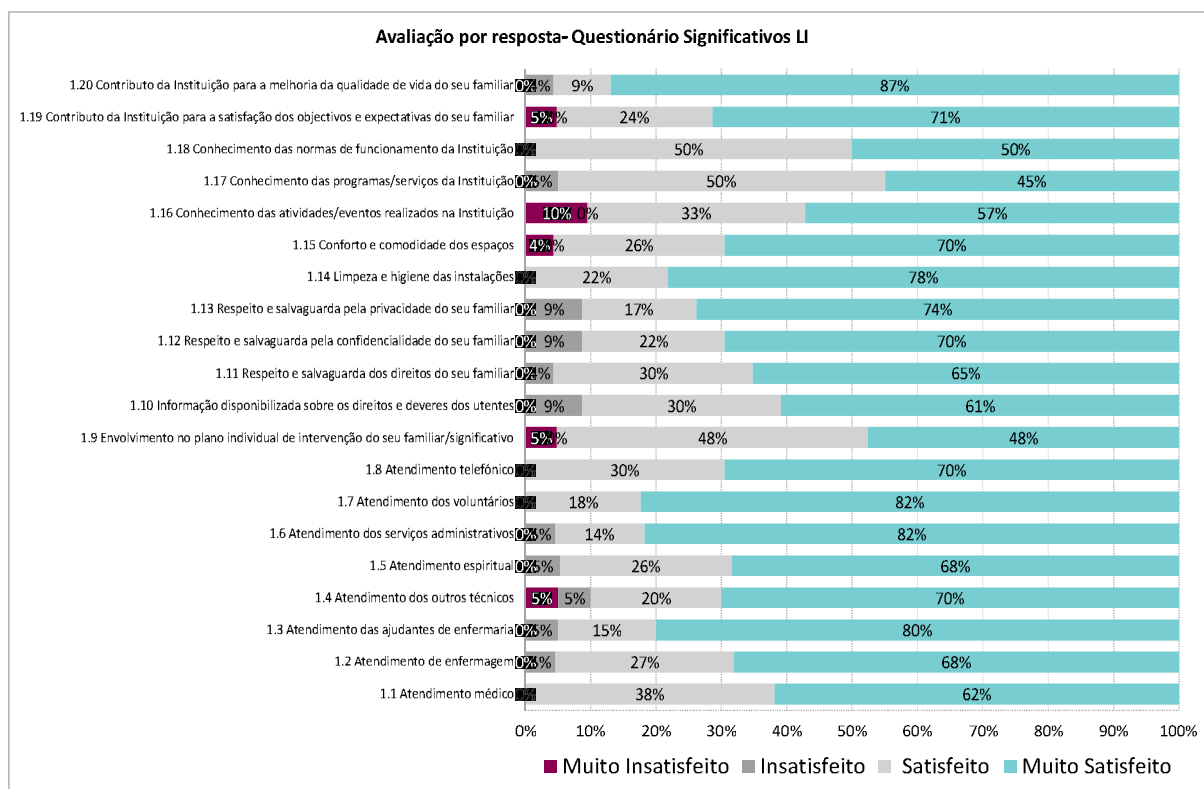
Fonte: Elaboração própria

Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 8, a avaliação por resposta a



cada questão do questionário dada pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06.

Figura 8- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 05-06



Fonte: Elaboração própria

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidades 05-06**, destacam-se vários **pontos fortes**, entre eles:

- O **atendimento dos voluntários** 100% satisfação (82% muito satisfeitos);
- A **limpeza e higiene das instalações** 100% satisfação (78% muito satisfeitos);
- O **atendimento telefónico** 100% satisfação (70% muito satisfeitos);



- O **atendimento médico 100%** satisfação (62% muito satisfeitos);
- O **conhecimento das normas de funcionamento da instituição 100%** de satisfação (50% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- O **conhecimento das atividades/ eventos realizados na instituição 90%** de satisfação (**10% insatisfeitos**);
- O **atendimento de outros técnicos 90%** de satisfação (**10% insatisfeitos**);
- O **respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar 91%** de satisfação (**9% insatisfeitos**);
- O **respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar 91%** de satisfação (**9% insatisfeitos**);
- A **informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes 91%** de satisfação (**9% insatisfeitos**);
- O **envolvimento no plano individual de intervenção do seu familiar/ significativo 95%** satisfação (**5% insatisfeitos**);
- O **conforto e comodidade dos espaços 96%** de satisfação (**4% insatisfeitos**).

As ações de melhoria propostas para melhorar os níveis de satisfação são:

- Curso de psicoeducação para famílias
- Afixar no placard da unidade informação sobre a realização de eventos
- Reforço do envolvimento das famílias destas unidades na elaboração dos PII (plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção”)
- O item do conforto e comodidades espaços será colmatado com a realização das obras de remodelação das unidades em causa.



Fazendo uma comparação das oportunidades de melhoria dos últimos três anos através do quadro 4, verificou-se que em 2014 os valores encontram-se em alguns itens inferiores aos obtidos nos anos anteriores. Mas as percentagens obtidas não são muito significativas, porque num universo de 23 famílias que responderam ao questionário, as insatisfeitas/muito insatisfeitas correspondem a 1 ou 2 famílias dependendo dos itens.

Quadro 4-- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Famíliares/ significativos do longo internamento		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Atendimento espiritual	ND	ND	5%
	Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar	ND	ND	13%
	Conhecimento das atividades/ eventos realizados na instituição	ND	ND	10%
	Atendimento de outros técnicos	ND	ND	10%
	Respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar	ND	ND	9%
	Respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar	ND	ND	9%
	Informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes	ND	ND	9%
	Envolvimento no plano individual de intervenção do seu familiar/ significativo	ND	ND	5%
	Contributo da instituição para a satisfação dos objetivos e expectativas do seu familiar	ND	ND	5%
	Conhecimento dos programas/ serviços da instituição	ND	ND	5%



	Atendimento de enfermagem	ND	ND	5%
	Atendimento das ajudantes de enfermagem	ND	ND	5%
	Atendimento dos serviços administrativos	ND	ND	5%

Fonte: Elaboração própria

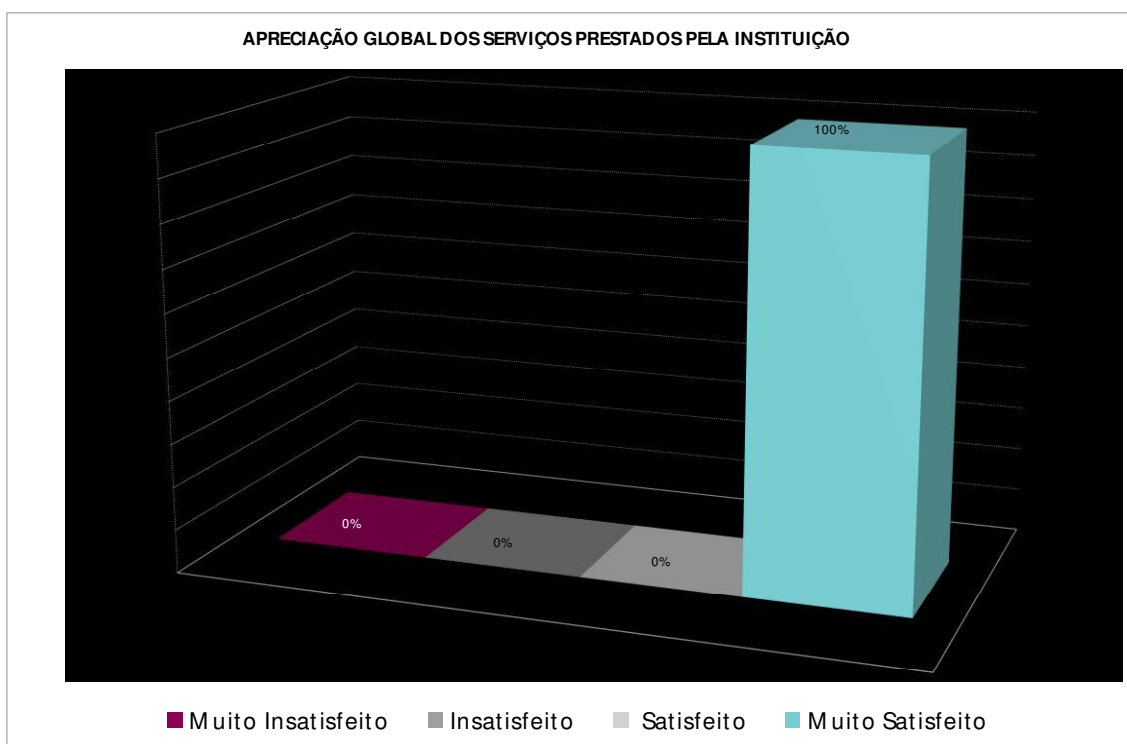
3.1.2.4. Unidade 07

A Unidade 07, acolhe em quarto particular utentes da psicogeriatrica.

No gráfico da figura 9 apresenta-se a apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidades 07, no ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 9, verificou-se que existe um total de 100% de satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidade 07.

Figura 9- Apreciação global da satisfação dos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidade 07, no ano de 2014

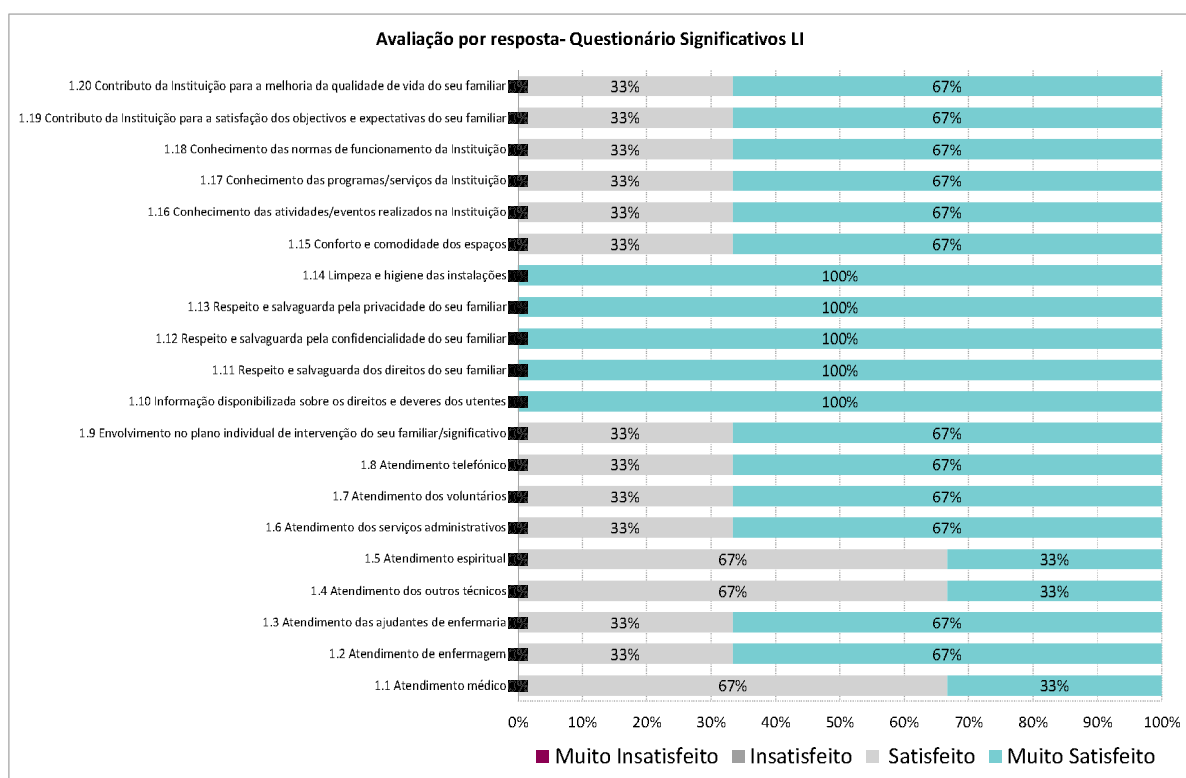


Fonte: Elaboração própria



Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 10, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidade 07.

Figura 10- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos familiares/ pessoa significativa dos utentes LI- Unidade 07



Fonte: Elaboração própria

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidade 07**, destacam-se vários **pontos fortes**, entre eles:

- A **limpeza e higiene das instalações** 100% satisfação (100% muito satisfeitos);
- O **respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar** 100% satisfação (100% muito satisfeitos);



- O **respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar** 100% satisfação (100% muito satisfeitos);
- O **respeito e salvaguarda dos direitos do seu familiar** 100% satisfação (100% muito satisfeitos);
- A **informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes** 100% de satisfação (100% muito satisfeitos).

Não existem **oportunidades de melhoria** a registar, uma vez que, 100% dos familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidade 07 estão satisfeitos.

Contudo, é importante referir que, apenas existem 3 respostas aos questionários num total de 7 utentes.

Fazendo uma comparação da oportunidade de melhoria dos últimos três anos através do quadro 5, verificou-se que em 2014 os valores diminuíram para 0%, o que significa que, se atingiu 100% de satisfação relativamente a esta oportunidade de melhoria.

Quadro 5- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Familiares/ significativos do longo internamento		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Atendimento espiritual	ND	ND	0%*

Fonte: Elaboração própria



3.1.2.5. Residências

As residências de reabilitação psicossocial integram utentes da psiquiatria.

De um total de 10 utentes apenas temos 2 respostas aos questionários, contudo, dos dois familiares que responderam ao questionário de avaliação do grau de satisfação dos **familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidade Projetos**, verificou-se um total de 100% de satisfação.

A maioria das respostas apresentadas são **pontos fortes**, pois existe um total de **100% de satisfação**, contudo, merece especial atenção, como **oportunidades de melhoria** a limpeza e higiene das instalações, o respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar, o respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar e respeito e salvaguarda dos direitos do seu familiar com 50% satisfação (**50% insatisfeitos**) correspondendo a 1 familiar.

No ano de 2015 iremos incentivar a que mais famílias/pessoas significativas respondam ao questionário.

Fazendo uma comparação da oportunidade de melhoria dos últimos três anos através do quadro 6, verificou-se que em 2014 os valores diminuíram para 0%, o que significa que, se atingiu 100% de satisfação relativamente a esta oportunidade de melhoria.

Quadro 6- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Familiares/ significativos do longo internamento		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Atendimento espiritual	5%	5%	0%*

Fonte: Elaboração própria

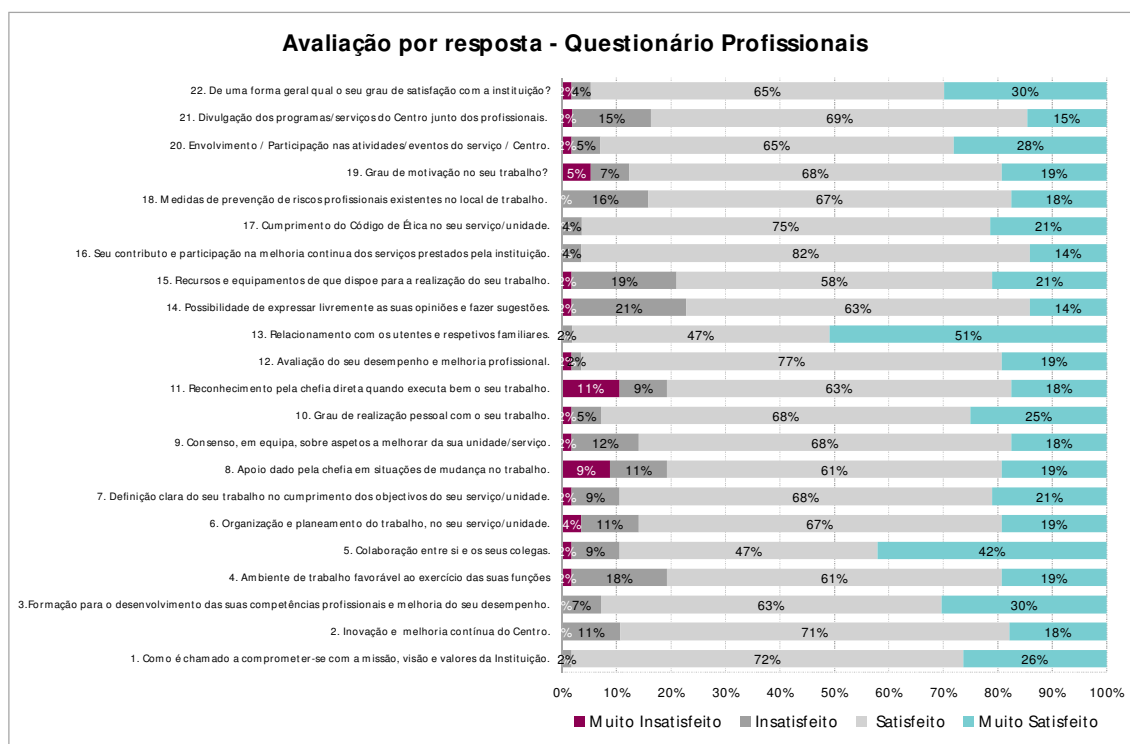


3.1.3. Avaliação do grau de satisfação dos profissionais

A instituição deve apostar cada vez mais em estratégias que promovam o aumento da satisfação laboral dos profissionais, visando assim obter dividendos ao nível da criatividade, empenho e produtividade de todos.

De modo a facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 11, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos Profissionais.

Figura 11- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos Profissionais



Fonte: Elaboração própria

Através da análise do gráfico da figura 11, verificou-se que existe um total de 95% de satisfação dos profissionais (30% muito satisfeitos). Contudo, deve-se ter em atenção, como oportunidade de melhoria a diminuição da insatisfação dos profissionais uma vez que 6% encontram-se insatisfeitos.



Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **profissionais** ressaltam os seguintes, **pontos fortes**:

- O **relacionamento com os utentes e respetivos familiares 98%** de satisfação (51% muito satisfeitos);
- **Como é chamado a comprometer-se com a missão, visão e valores da instituição 98%** satisfação (26% muito satisfeitos);
- O **cumprimento do código de ética no seu serviço/ unidade 98%** satisfação (21% muito satisfeitos);
- A **avaliação do seu desempenho e melhoria profissional 98%** satisfação (19% muito satisfeitos);
- O **seu contributo e participação na melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição 96%** de satisfação (14% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- A **Possibilidade de expressar livremente as suas opiniões e fazer sugestões 77%** de satisfação (**23% insatisfeitos**);
- Os **recursos e equipamentos de que dispõe para a realização do seu trabalho 79%** satisfeitos (**21% insatisfeitos**);
- O **reconhecimento pela chefia direta quando executa bem o seu trabalho 80%** satisfeitos (**20% insatisfeitos**);
- O **apoio dado pela chefia em situações de mudança no trabalho 80%** satisfeitos (**20% insatisfeitos**);
- O **ambiente de trabalho favorável ao exercício das suas funções 80%** satisfeitos (**20% insatisfeitos**).



Face a estes resultados iremos reforçar junto dos profissionais:

- Quais os mecanismos existentes para poderem expressar as suas opiniões e poderem fazer sugestões - reunião de colaboradores
- Através de um breve questionário, identificar quais os recurso e/ou equipamentos em falta
- Formação de motivação para chefias – 1º quadrimestre

Fazendo uma comparação das oportunidades de melhoria dos últimos três anos através do quadro 7, verificou-se que em 2014 os valores se mantiveram ou aumentaram o grau de insatisfação. Verifica-se a necessidade de investir na área dos recursos humanos, com ações que visem melhorar a satisfação.

Quadro 7- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Profissionais		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Reconhecimento pela chefia	23%	21%	20%
	Forma como a chefia planeia consigo o trabalho	23%	16%	*
	Apoio em situação de mudança no trabalho	20%	20%	20%
	Possibilidade de expressar livremente as suas opiniões e fazer sugestões	16%	15%	23%
	Recursos e equipamentos de que dispõe para a realização do seu trabalho	7%	7%	21%
	Ambiente de trabalho favorável ao exercício das suas funções	22%	18%	20%

Fonte: Elaboração própria

*item não contemplado após revisão documental

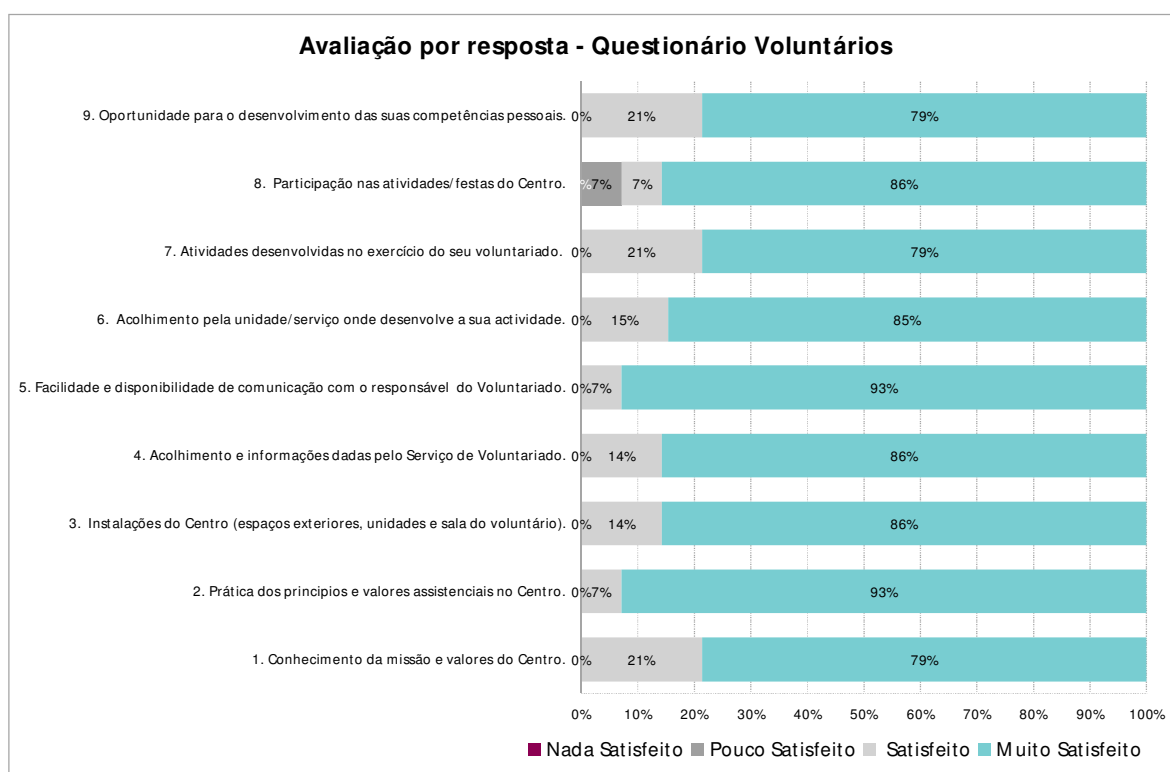


3.1.4. Avaliação do grau de satisfação dos voluntários

Através do voluntariado a instituição pode desenvolver atividades, pois nem sempre, existem os meios humanos ou financeiros para as realizar, ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais adicionais daqueles que participam como voluntários, aumenta os níveis motivacionais e as competências de trabalho em equipa.

Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 12, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos Voluntários.

Figura 12- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos Voluntários



Fonte: Elaboração própria

Não está contemplada, diretamente no questionário, uma pergunta de satisfação global, portanto considerou-se a questão (7): Atividades



desenvolvidas durante o exercício do seu voluntariado; Pela análise desta questão, verificou-se um total de 100% de satisfação dos voluntários (79% muito satisfeitos).

Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **voluntários** ressaltam os seguintes, **pontos fortes**:

- A **facilidade e disponibilidade de comunicação com o responsável do voluntariado** 100% satisfação (93% muito satisfeitos);
- A **prática dos princípios e valores assistenciais no centro** 100% satisfação (93% muito satisfeitos);
- O **acolhimento e informações dadas pelo serviço de voluntariado** 100% satisfação (86% muito satisfeitos);
- As **instalações do centro (espaços exteriores, unidades e sala de voluntariado)** 100% satisfação (86% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- A **participação nas atividades/ festas do centro** 93% satisfação (7% insatisfeitos).

Fazendo uma comparação da primeira oportunidade de melhoria dos últimos três anos através do quadro 8, verificou-se que em 2014 os valores diminuíram para 0%, o que significa que, se atingiu 100% de satisfação relativamente a esta oportunidade de melhoria. Contudo, em 2014 surgiu uma nova oportunidade de melhoria para a qual propomos:

- Sistematização dos mecanismos de participação dos voluntários através de uma reunião no primeiro quadrimestre com o responsável do voluntariado.
- Divulgação de eventos com 15 dias de antecedência.



Quadro 8- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Voluntários		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de Melhoria	Facilidade e disponibilidade de comunicação com o responsável	0%	8%	0%
	Participação nas atividades/ festas do centro	0%	0%	7%

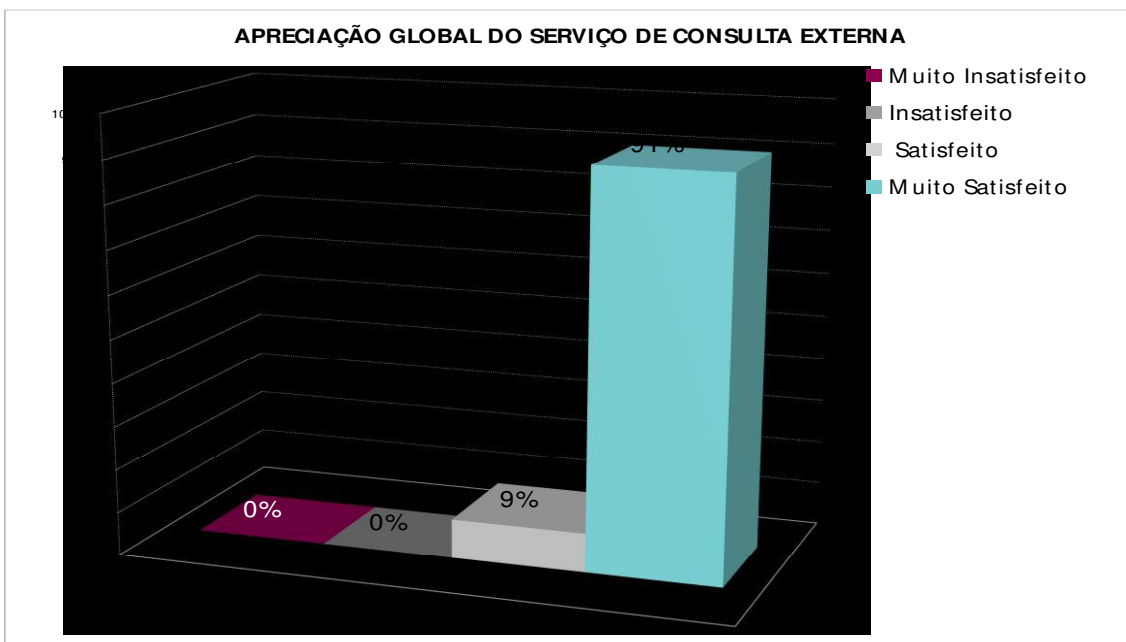
Fonte: Elaboração própria

3.1.5. Avaliação do grau de satisfação dos utentes de consulta externa

A satisfação dos utentes de consulta externa constitui um indicador frequentemente utilizado na avaliação da qualidade em saúde, pois, são agentes ativos na melhoria dos serviços de saúde. No gráfico da figura 13, apresenta-se a apreciação global da satisfação dos utentes de consulta externa, no ano de 2014.

De acordo com os resultados obtidos no gráfico da figura 13, verificou-se que existe um total de 100% de satisfação dos utentes de consulta externa (91% muito satisfeitos).

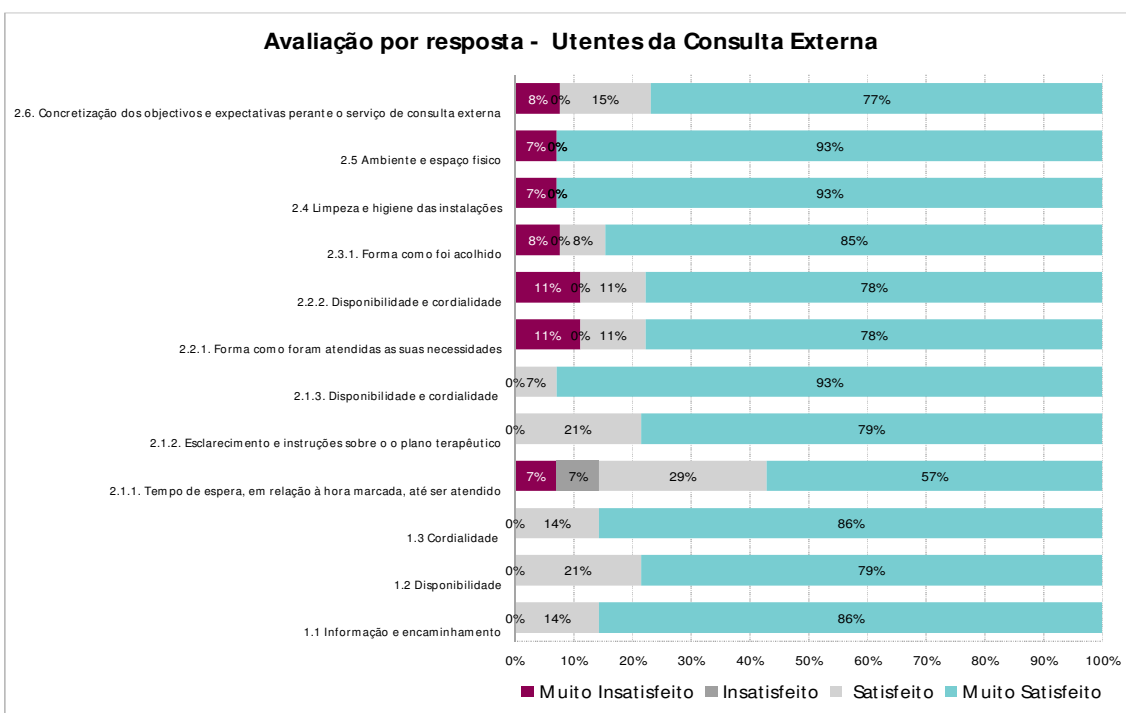
Figura 13- Apreciação global da satisfação dos Utes de consulta externa, no ano de 2014



Fonte: Elaboração própria

Para facilitar a interpretação de cada uma das respostas do questionário, apresenta-se seguidamente, no gráfico da figura 14, a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelos utentes de consulta externa.

Figura 14- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelos utentes de consulta externa



Fonte: Elaboração própria



Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação dos **utentes de consulta externa**, destacam-se vários **pontos fortes**, entre eles:

- **Disponibilidade e cordialidade no atendimento médico 100%** satisfação (93% muito satisfeitos);
- **Cordialidade do pessoal receção/ secretariado administrativo 100%** satisfação (86% muito satisfeitos);
- **Informação e encaminhamento do pessoal receção/ secretariado administrativo 100%** satisfação (86% muito satisfeitos);
- **Disponibilidade do pessoal receção/ secretariado administrativo 100%** satisfação (79% muito satisfeitos);
- **Esclarecimento e instruções sobre o plano terapêutico no atendimento médico 100%** satisfação (79% muito satisfeitos).

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- **O tempo de espera, em relação à hora marcada, até ser atendido no atendimento médico 86 %** satisfação (**14% insatisfeitos**);
- **A disponibilidade e cordialidade no atendimento de enfermagem 89 %** satisfação (**11% insatisfeitos**);
- **A forma como foram atendidas as suas necessidades no atendimento de enfermagem 89 %** satisfação (**11% insatisfeitos**);

Fazendo uma comparação das oportunidades de melhoria dos últimos três anos através do quadro 9, verificou-se que em 2014 os valores de insatisfação aumentaram. Torna-se necessário implementar medidas que alterem os valores obtidos:



- Fazer a marcação da consulta em consonância com os horários dos psiquiatras
- Introdução da consulta de enfermagem - triagem de enfermagem

Quadro 9- Identificação das oportunidades de melhoria dos três últimos anos

Utentes de consulta externa		ANO		
		2012	2013	2014
Oportunidades de melhoria	Tempo de espera, em relação à hora marcada, até ser atendido no atendimento médico	0%	10%	14%
	Disponibilidade e cordialidade no atendimento de enfermagem	0%	8%	11%
	Forma como foram atendidas as suas necessidades no atendimento de enfermagem	0%	7%	11%

Fonte: Elaboração própria

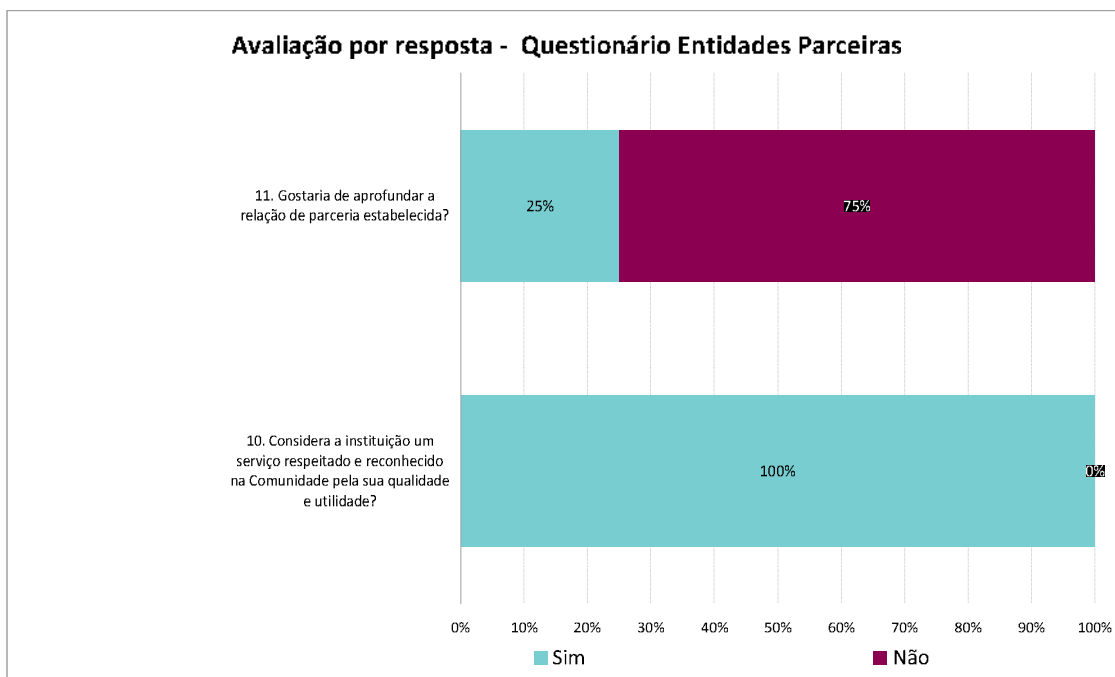
3.1.6. Avaliação do grau de satisfação de entidades parceiras

Num mercado cada vez mais competitivo e com clientes cada vez mais ativos e exigentes, o estabelecimento de parcerias torna-se um importante aliado para a Casa de Saúde Bento Menni que aposta num diferencial competitivo.

No gráfico da figura 15, apresenta-se a avaliação por resposta a cada questão do questionário dada pelas entidades parceiras.

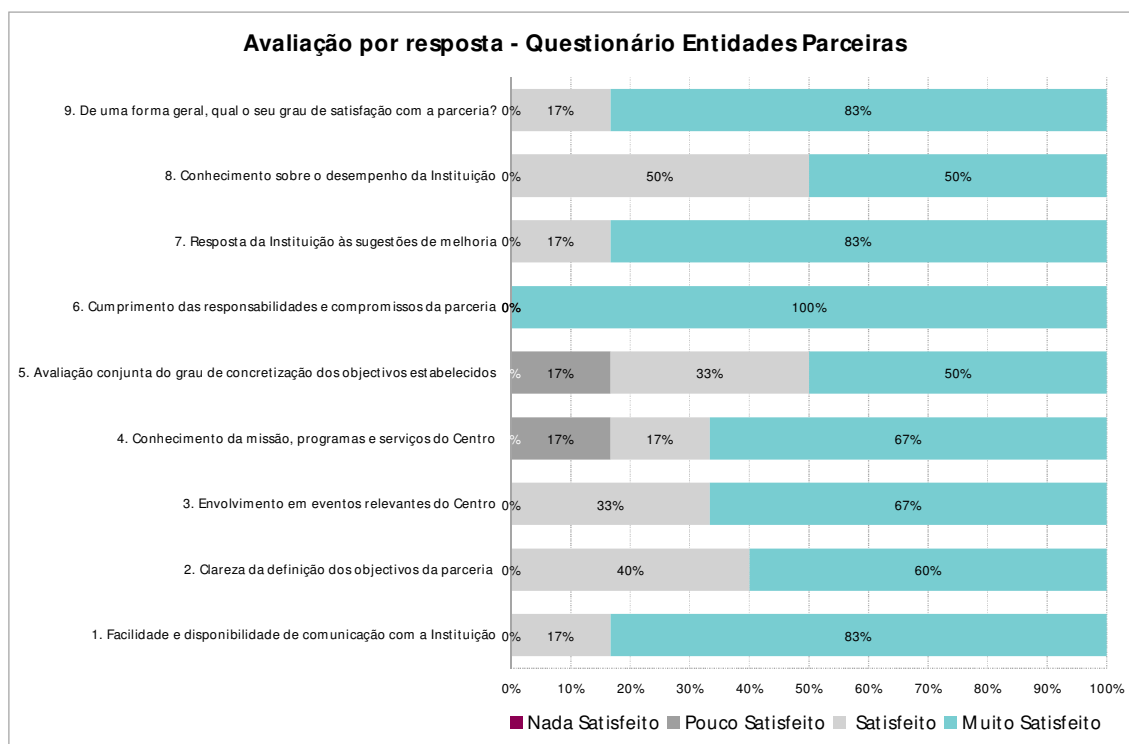


Figura 15- Relação/Reconhecimento dos parceiros



Fonte: Elaboração própria

Figura 16- Avaliação das respostas do questionário preenchido pelas Entidades Parceiras



Fonte: Elaboração própria



Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação das **entidades parceiras**, destacam-se vários **pontos fortes**, entre eles:

- **Cumprimento das responsabilidades e compromissos da parceria 100%** satisfação (100% muito satisfeitos);
- **Facilidade e disponibilidade de comunicação com a instituição 100%** satisfação (83% muito satisfeitos);
- **Resposta da Instituição às sugestões de melhoria 100%** satisfação (83% muito satisfeitos);
- **De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a parceria 100%** satisfação (83% muito satisfeitos);

Como **oportunidades de melhoria**, destacam-se:

- **Conhecimento da missão, programas e serviços do centro 83 %** satisfação (17% insatisfeitos);
- **Avaliação conjunta do grau de concretização dos objetivos estabelecidos 83 %** satisfação (17% insatisfeitos);

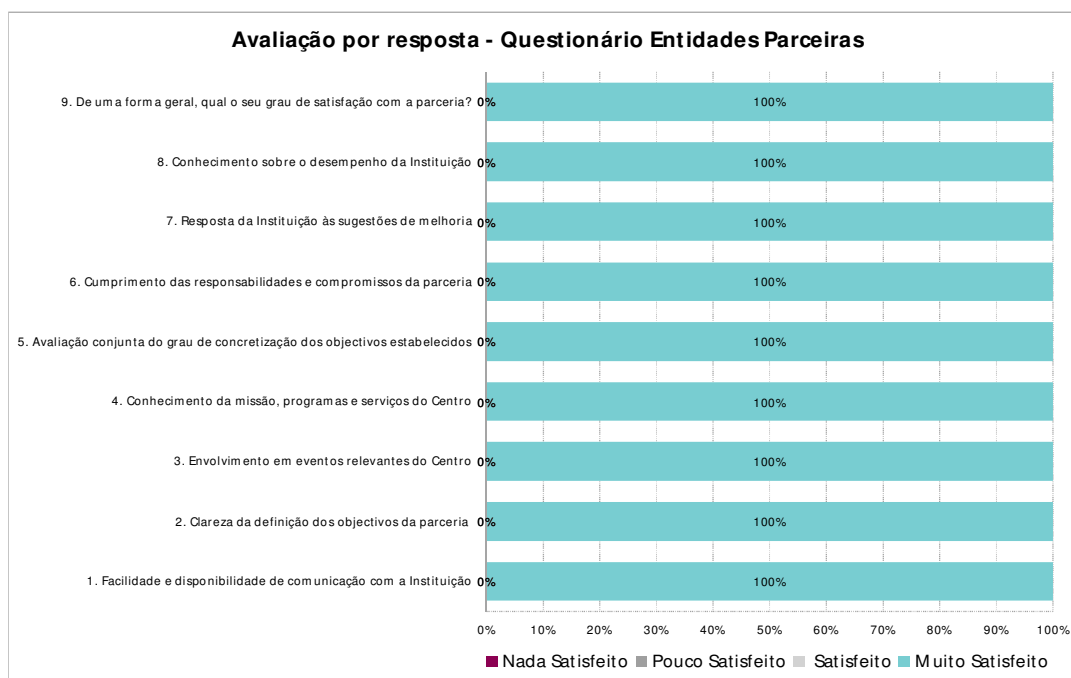
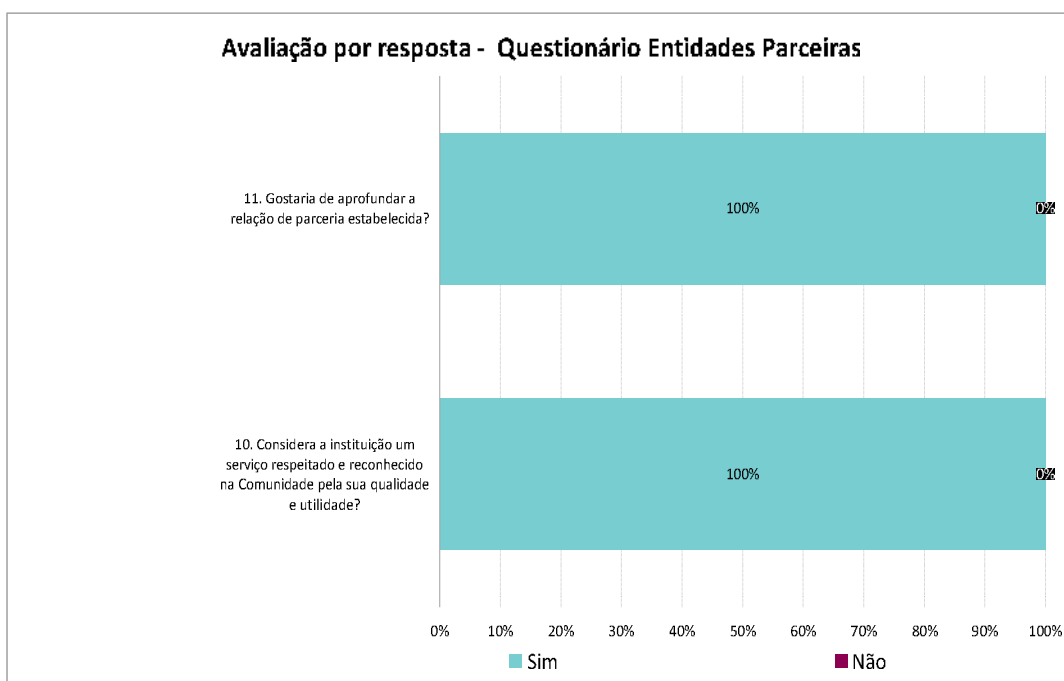
Os resultados revelam que os parceiros consideram que a instituição é reconhecida e respeitada pelo trabalho que desenvolve. As ações de melhoria passam por:

- Reunião com os parceiros que manifestaram insatisfação para esclarecimento dos itens em causa.
- Envio de informação/ brochura de resultados



3.1.6. Avaliação do grau de satisfação de entidades financiadoras

As entidades financiadoras dado o seu grau de importância para a sustentabilidade da missão hospitaleira, merecem uma análise de rigor. Este ano apenas foi possível obter resposta do SNS, através do Hospital Sousa Martins, que é o maior financiador atual.





Da interpretação dos dados obtidos no questionário de avaliação do grau de satisfação das **entidades financiadora**, destaca-se uma satisfação elevada em todos os itens, o que assegura que para além da boa relação institucional, também a utilidade e necessidade desta instituição é reconhecida.

As ações de melhoria passam por:

- Aumentar o número de respostas das entidades financiadoras (estabelecer no mínimo 2 contactos para recolha do questionário)

3.2. Outras metodologias de avaliação da satisfação

A maioria das utentes manifesta satisfação com as atividades desenvolvidas quer a um nível dos serviços disponíveis, quer ao nível global do Centro. Esta reação parece dever-se a uma inclusão das utentes na seleção das atividades ocupacionais e posterior consecução. Os eventos/festas promovidas também apresentam uma razoável adesão das utentes/famílias e comunidade as quais são avaliadas como de especial interesse e motivação para a interação sócio-familiar.

As atividades espirituais e/ou religiosas continuam a ter grande procura e a ser manifestamente do agrado da população assistida, uma vez que a grande maioria são de meios rurais e com praticas religiosas presentes. Esta é uma das especificidades da instituição que ainda é motivo acrescido da procura pelos nossos serviços.

Muitas destas percepções individuais são aferidas através das reuniões comunitárias, meio preferencial de escuta ativa.



4. Conclusões

O ano de 2014 foi um ano globalmente positivo quando é feita a análise dos questionários de satisfação. Destacam-se pontos fortes na relação com as partes interessadas nomeadamente:

Questionário utentes longo internamento	<ul style="list-style-type: none">- O respeito e salvaguarda pela privacidade 98% de satisfação (48% muito satisfeitos);- O atendimento de enfermagem 98% de satisfação (62% muito satisfeitos);- O atendimento dos outros técnicos 98% de satisfação (58% muito satisfeitos);- O atendimento das ajudantes de enfermaria 96% de satisfação (51% muito satisfeitos).
Questionário famílias/significativo longo internamento	<p>Unidades 01-02</p> <ul style="list-style-type: none">- O atendimento espiritual 100% de satisfação (88% muito satisfeitos);- O atendimento dos voluntários 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);- O respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);- O respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar 100% de satisfação (80% muito satisfeitos);- Limpeza e higiene das instalações 100% de satisfação (79% muito satisfeitos).



	<p>Unidades 03-04</p> <ul style="list-style-type: none">- Contributo da instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar 100% satisfação (86% muito satisfeitos);- Envolvimento no plano individual de intervenção do seu familiar/significativo 100% de satisfação (76% muito satisfeitos);- Contributo da instituição para a satisfação dos objetivos e expectativas do seu familiar 100% de satisfação (75% muito satisfeitos);- O atendimento espiritual 100% de satisfação (71% muito satisfeitos);- O atendimento dos voluntários 100% de satisfação (71% muito satisfeitos) <p>Unidades 05-06</p> <ul style="list-style-type: none">- O atendimento dos voluntários 100% satisfação (82% muito satisfeitos);- A limpeza e higiene das instalações 100% satisfação (78% muito satisfeitos);- O atendimento telefónico 100% satisfação (70% muito satisfeitos);- O atendimento médico 100% satisfação (62% muito satisfeitos);- O conhecimento das normas de funcionamento da instituição 100% de satisfação (50% muito satisfeitos).
Questionários profissionais	<ul style="list-style-type: none">- O relacionamento com os utentes e respetivos familiares 98% de satisfação (51% muito satisfeitos);- Como é chamado a comprometer-



	<p>se com a missão, visão e valores da instituição 98% satisfação (26% muito satisfeitos);</p> <p>- O cumprimento do código de ética no seu serviço/ unidade 98% satisfação (21% muito satisfeitos);</p> <p>- A avaliação do seu desempenho e melhoria profissional 98% satisfação (19% muito satisfeitos);</p> <p>- O seu contributo e participação na melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição 96% de satisfação (14% muito satisfeitos).</p>
Questionário voluntários	<p>- A facilidade e disponibilidade de comunicação com o responsável do voluntariado 100% satisfação (93% muito satisfeitos);</p> <p>- A prática dos princípios e valores assistenciais no centro 100% satisfação (93% muito satisfeitos);</p> <p>- O acolhimento e informações dadas pelo serviço de voluntariado 100% satisfação (86% muito satisfeitos);</p> <p>- As instalações do centro (espaços exteriores, unidades e sala de voluntariado 100% satisfação (86% muito satisfeitos).</p>
Questionário consulta externa	<p>- Disponibilidade e cordialidade no atendimento médico 100% satisfação (93% muito satisfeitos);</p> <p>- Cordialidade do pessoal receção/ secretariado administrativo 100% satisfação (86% muito satisfeitos);</p> <p>- Informação e encaminhamento do pessoal receção/ secretariado administrativo 100% satisfação (86% muito satisfeitos);</p> <p>- Disponibilidade do pessoal</p>



	recepção/ secretariado administrativo 100% satisfação (79% muito satisfeitos); - Esclarecimento e instruções sobre o plano terapêutico no atendimento médico 100% satisfação (79% muito satisfeitos).
Questionário parceiros	-Cumprimento das responsabilidades e compromissos da parceria 100% satisfação (100% muito satisfeitos); - Facilidade e disponibilidade de comunicação com a instituição 100% satisfação (83% muito satisfeitos); - Resposta da Instituição às sugestões de melhoria 100% satisfação (83% muito satisfeitos); - De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a parceria 100% satisfação (83% muito satisfeitos);
Questionário financiadores	<ul style="list-style-type: none">• Todos os itens estão classificados satisfatoriamente

Ainda assim registaram-se em algumas partes interessadas níveis mais baixos de satisfação quando comparados com os anos anteriores que serão alvo de ações de melhoria. De seguida está um quadro síntese das oportunidades de melhoria:

Questionário utentes longo internamento	<ul style="list-style-type: none">• Plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção” no âmbito dos planos individuais a implementar em 2015.• Elaborar com o grupo de auto-representação um folheto de
---	---



	<p>divulgação destes mecanismos /como ter acesso a pessoas de apoio</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementar mecanismos de resposta nas reuniões comunitárias envolvendo os responsáveis de serviço visados nas reclamações/opiniões agilizando decisões
Questionário famílias/ significativo longo internamento	<p>Unidade 01-02</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensibilização dos colaboradores destas unidades em reunião de serviço, para a melhoria no atendimento aos utentes/familiares• Reforço do envolvimento das famílias destas unidades na elaboração dos PII (plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção”) <p>Unidade 03-04</p> <ul style="list-style-type: none">• Formação em contexto de trabalho (confidencialidade/privacidade) no primeiro quadrimestre de 2015• O item do conforto e comodidades espaços será colmatado com a realização das obras de remodelação das unidades em causa. <p>Unidade 05-06</p> <ul style="list-style-type: none">• Curso de psicoeducação para famílias• Afixar no placard da unidade informação sobre a realização de eventos



	<ul style="list-style-type: none">• Reforço do envolvimento das famílias destas unidades na elaboração dos PII (plano de melhoria “Melhor planeamento, melhor intervenção”)• O item do conforto e comodidades espaços será colmatado com a realização das obras de remodelação das unidades em causa. <p>Unidade 07</p> <p>Não existem oportunidades de melhoria a registar, uma vez que, 100% dos familiares/ pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento- Unidade 07 estão satisfeitos.</p> <p>Residência</p> <p>No ano de 2015 iremos incentivar a que mais famílias/ pessoas significativas respondam ao questionário</p>
Questionários profissionais	<ul style="list-style-type: none">• Reforçar os mecanismos existentes para poderem expressar as suas opiniões e poderem fazer sugestões - reunião de colaboradores• Através de um breve questionário, identificar quais os recurso e/ou equipamentos em falta• Formação de motivação para chefias – 1º quadrimestre
Questionário voluntários	<ul style="list-style-type: none">• Sistematização dos mecanismos de participação dos voluntários através de uma reunião no primeiro quadrimestre com o responsável do voluntariado.



	<ul style="list-style-type: none">• Divulgação de eventos com 15 dias de antecedência.
Questionário consulta externa	<ul style="list-style-type: none">• Fazer a marcação da consulta em consonância com os horários dos psiquiatras• Introdução da consulta de enfermagem - triagem de enfermagem
Questionário parceiros	<ul style="list-style-type: none">• Reunião com os parceiros que manifestaram insatisfação para esclarecimento dos itens em causa.• Envio de informação adicional/ brochura de resultados
Questionário financiadores	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar o número de respostas das entidades financiadoras (estabelecer no mínimo 2 contactos para recolha do questionário)

Tem sido preocupação da organização a melhoria continua dos serviços e a satisfação das partes interessadas, tendo em conta a sustentabilidade da missão e o atendimento diferenciado e integral aos utentes com doença mental. O tratamento dos resultados aqui apresentados e as ações de melhoria identificadas concretizam o trabalho desenvolvido e a preocupação da instituição em dar continuidade ao sistema de gestão da qualidade.

Anexos:

- Exemplares dos questionários



Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
Rua José dos Santos - Bairro da Luz. 6300-575 Guarda
Telf.: (+351) 271 200 840 - Fax: (+351) 271 223 560
www.irmashospitaleiras.pt/csbm



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE CONHECIMENTO DA COMUNIDADE

Consideramos que a participação e a opinião dos cidadãos, é fundamental para melhorarmos os nossos serviços. Assim, gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário para nos ajudar a ir de encontro às suas necessidades.

1. O seu contacto com o Centro / Casa de Saúde é no âmbito de visita ☐ estágio ☐ outros ☐ Qual?

2. Como conheceu este Centro / Casa de Saúde?

☐ Familiar/Pessoas Conhecidas

☐ Comunicação Social (Jornais, revistas...)

☐ Folhetos informativos

☐ Pag. Web

Outras _____

3. Selecione as respostas de cuidados de saúde que sabe que o Centro / Casa de Saúde presta?

☐ Apoio domiciliário

☐ Psicogeriatría

☐ Área de dia

☐ Psiquiatria

☐ Deficiência mental

☐ Reabilitação psicossocial

☐ Cuidados paliativos

☐ Consulta externa

☐ Medicina física e reabilitação

Outros _____

4. Caso tenha já recorrido a alguma destas respostas ficou satisfeito?

☐ Sim

☐ Não

5. Em sua opinião as áreas de intervenção deste Centro / Casa de Saúde respondem a necessidades significativas da comunidade?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

6. Que outros serviços gostaria que este Centro / Casa de Saúde desenvolvesse?

7. Considera que esta a instituição é reconhecida na Comunidade pela sua utilidade e qualidade nos cuidados de saúde que presta?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sei

8. Acha que existe divulgação suficiente sobre os serviços desenvolvidos?

☐ Sim

☐ Não

9. Sugestões e comentários globais

Data: ____ / ____ / ____

Obrigado pela sua colaboração



Irmãs
Hospitaleiras

MANUAL DE POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS 2013



Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

MANUAL DE POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS



***“...QUANDO TRABALHA O HOMEM
NÃO TRANSFORMA APENAS AS COISAS MATERIAIS
E A SOCIEDADE,
MAS REALIZA-SE A SI MESMO”.***

IOANNES PAULUS
LABOREM EXERCENS



ÍNDICE

Capítulo I	5
1. Quem somos	5
2. Onde exercemos a nossa atividade	5
3. História	5
4. Missão	6
5. Visão	6
6. Os nossos valores	7
Capítulo II	8
7. Política de gestão de recursos humanos	8
Capítulo III	10
8. Objetivos	10
9. Implementação	11
10. Recrutamento e seleção	11
11. Formação inicial e formação contínua	16
12. Avaliação de desempenho	16
13. Respeito pelos direitos de personalidade e proteção de dados pessoais	18
13.1 Respeito pela integridade física e moral	
13.2 Reserva da vida privada	
13.3 Controlo dos dados pessoais	
13.4 Acesso e utilização dos dados pessoais	
13.5 Dados Biométricos	19
14. Segurança e saúde no trabalho	19
15. Prevenção de riscos psicossociais	19
16. Comunicação interna	20
Anexos:	
Anexo I: Medidas preventivas de riscos psicossociais	
Anexo II: Organograma do Serviço de Recursos Humanos	



CAPÍTULO I

1. QUEM SOMOS

A política de Gestão de Recursos Humanos não pode estar dissociada da organização a que respeita. Por tal razão, impõe-se que consideremos desde logo a natureza do próprio Instituto.

Somos efetivamente e enquanto organização, uma Instituição Particular de Solidariedade Social criada e dirigida pela Província Portuguesa da Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, estatuto que impõe os limites de toda a nossa atividade.

Nos termos da lei vigente o Instituto possui personalidade jurídica canónica e civil.

2. ONDE EXERCEMOS A NOSSA ATIVIDADE

Para a prossecução dos seus fins estatutários, o Instituto dirige doze estabelecimentos de saúde em Portugal, geograficamente dispersos.

Dois estabelecimentos de saúde situam-se na Região Autónoma da Madeira, dois na Região Autónoma dos Açores e oito situam-se no Continente.

Da dispersão geográfica resultam enquadramentos juslaborais diversificados.

3. HISTÓRIA

Bento Menni, sacerdote da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus, Maria Josefa Récio e Maria Angústia Gimenez, fundaram em 1881, em Espanha, a Congregação que criou e dirige o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Desde o princípio, a Congregação contemplou entre os seus objetivos proporcionar aos doentes a seu cargo, cuidados de saúde com um carácter eminentemente



humanizador, no campo da saúde mental e psiquiatria. Esse objetivo mantém-se atual e necessário e compete-nos prosseguir-lo.

O doente é o centro de toda a nossa atividade que se organiza para lhe prestar cuidados de saúde adequados e de qualidade, sendo interdita a discriminação e o tratamento diferenciado de pessoas em função da ascendência, raça, género, orientação sexual, religião, estado civil, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou deficiência. Este princípio tem que estar presente na atuação de todos quantos estão profissionalmente ligados a esta Instituição, pois define um estilo próprio de cuidar tecido pela Hospitalidade - carisma e missão da Instituição – transversal a todos os níveis e âmbitos da organização/serviços.

4. MISSÃO

Temos como missão, enquanto IPSS da saúde, a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade dos utentes, numa visão humanista e integral da pessoa.

Esta missão tem origem no carisma da Instituição e na nossa história enquanto organização, constando expressamente dos nossos estatutos a menção de que a nossa atividade será exercida segundo as necessidades de cada tempo e lugar.

5. VISÃO

Temos como visão, uma política de recursos humanos que respeite todos quantos trabalham na Instituição, promova o desenvolvimento das pessoas e a melhoria da qualidade do desempenho, consolidando uma prestação de cuidados em saúde mental e psiquiatria, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população, enquadrando na assistência prestada, os



aspectos médicos e sociais que englobem a dimensão física, psíquica, social e espiritual da pessoa doente.

A solidariedade de que queremos dar testemunho implica uma contínua melhoria dos cuidados prestados, assente num constante incremento do nosso profissionalismo.

6. OS NOSSOS VALORES

Colocamos os nossos valores ao serviço da nossa missão enquanto IPSS. A qualidade do desempenho das suas funções profissionais pelos nossos trabalhadores é fundamental para o sucesso e para a credibilidade do Instituto.

O nosso Código de Ética, sem prejuízo do cumprimento dos valores institucionais – *Sensibilidade pelos excluídos, Serviço aos doentes e necessitados, Acolhimento libertador, Saúde Integral, Qualidade profissional, Humanidade na atenção, Ética em toda a atuação e Consciência Histórica* – é um compromisso público de que os recursos humanos desta instituição atuarão:

- Em defesa da vida e dignidade dos doentes;
- Com espírito de missão;
- Com honestidade e zelo;
- Com responsabilidade e produtividade;
- Com imparcialidade e isenção;
- Com profissionalismo e respeito pelo sigilo profissional.



CAPÍTULO II

7. POLÍTICA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

A política de gestão de recursos humanos é comum a todos os estabelecimentos de saúde do Instituto.

Através da mesma pretende-se obter, por parte de todos quantos desenvolvem a sua atividade profissional na Instituição, uma resposta de excelência às necessidades pessoais e assistenciais dos utentes, prestigiando o Instituto e associando-lhe externamente uma imagem merecida de qualidade e credibilidade.

A integração dos colaboradores no projeto hospitaleiro realiza-se através de procedimentos de acolhimento, formação e acompanhamento, de modo a promover a máxima participação no mesmo. A fase de recrutamento com base nos conhecimentos, capacidades e competências prossegue na seleção e termina com o acolhimento e integração da pessoa na organização¹.

Sob o ponto de vista interno, pretende-se promover o desenvolvimento profissional individual, em alinhamento com os valores e cultura hospitalares, os objetivos e estratégias institucionais, a valorização da ética e do trabalho multidisciplinar, enquanto fatores positivos ao serviço dos utentes e na consecução de um bom ambiente de trabalho.

Socialmente pretende-se prevenir os riscos psicossociais do trabalho, preservar a saúde e segurança dos trabalhadores e, ainda, que estes desenvolvam comportamentos profissionais com o mínimo de impacto negativo no meio ambiente.

O Instituto obriga-se a observar o respeito pela igualdade de oportunidades, sendo que, todas as práticas, políticas e procedimentos laborais devem ser orientados nesse

¹ IHSCJ – **Carta de Identidade da Instituição**. Roma: IHSCJ, 2010, p. 76, art.º 59.



sentido e os profissionais ao seu serviço devem igualmente pautar a sua atuação por rigorosa objetividade e imparcialidade.

A Instituição procura estabelecer uma relação com os seus colaboradores que dê resposta às necessidades de ambas as partes e motive o desenvolvimento pessoal e a qualificação profissional, com base em critérios objetivos (CII, 61).

A participação ativa dos profissionais na vida dos centros, como parte comprometida no projeto institucional, constitui um aspeto fundamental em ordem ao desenvolvimento da missão. Os nossos instrumentos de participação e reconhecimento situam-se aos mais diversos níveis, entre os quais, as comissões assistenciais e de investigação, os foros de relação de trabalho e os diversos grupos interdisciplinares (CII, 63).



CAPÍTULO III

8. OBJETIVOS

Vive-se atualmente, fruto da evolução das práticas clínicas, uma mudança de paradigma na relação dos profissionais de saúde com os doentes assistidos.

É reconhecido a todos os doentes o direito de serem informados, por si ou por intermédio do seu representante legal, sobre os procedimentos terapêuticos que lhes são propostos, respetivos benefícios e riscos potenciais.

Todos os serviços de saúde prestados pela Instituição têm que ser de qualidade e estão submetidos a um processo de melhoria contínua.

Todos os profissionais ao serviço do Instituto são obrigados não só a prestar os melhores cuidados de saúde possíveis, mas também a atuar com o maior respeito pela dignidade dos doentes procurando minorar o seu sofrimento, e a desenvolver todas as medidas para a promoção ou restituição da sua saúde, bem – estar e reabilitação.

Um nível elevado de prestação de cuidados de saúde não dispensa uma gestão criteriosa e eficaz de procedimentos de trabalho e recursos, com vista à sustentabilidade da atividade, sendo a produtividade individual um fator importante.

As melhores práticas dentro das diferentes áreas profissionais, quer no que respeita a orientação clínica e terapêutica quer no que respeita à segurança dos doentes e ao controlo organizado das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, serão definidas e divulgadas por meio de normas internas de execução permanente.

Todas estas atividades serão asseguradas pelos recursos humanos ao serviço da Instituição, pelo que os mesmos terão que ser selecionados, formados e avaliados no sentido da resposta necessária para a consecução dos objetivos e práticas institucionais.



Todos e cada um dos profissionais, independentemente de estarem envolvidos ou não diretamente nos cuidados prestados, são, perante doentes, familiares, entidades oficiais, entidades convencionadas e a própria comunidade, a imagem da Instituição.

9. IMPLEMENTAÇÃO

Compete ao serviço de recursos humanos, cuja direção funciona junto da Direção da Instituição, a implementação da Política de Gestão de Recursos Humanos (RH) definida pela Direção do Instituto.

A Direção do Serviço de Recursos Humanos assiste a nível estratégico as Direções dos estabelecimentos de saúde e supervisiona a nível técnico, organizativo e de procedimentos administrativos, os departamentos e secções administrativas de RH que funcionam nos mesmos e ainda a secção administrativa de processamento de salários que funciona na Sede do Instituto.

A inter-relação dos diversos serviços de RH do IIHSCJ está expressa no organograma do serviço de Recursos Humanos (Anexo II).

Essa implementação e respetiva operacionalização, far-se-á por meio dos procedimentos de:

- a. Planeamento;
- b. Recrutamento e Seleção;
- c. Formação Inicial e Formação Contínua;
- d. Avaliação e Melhoria de Desempenho;
- e. Segurança e Saúde no Trabalho;
- f. Prevenção de Riscos Psicossociais;
- g. Respeito pelos Direitos de Personalidade e Proteção de Dados Pessoais;
- h. Comunicação.



10. RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

Numa IPSS onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com rigor, o planeamento de Recursos Humanos é imprescindível, com vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas, com os objetivos, estratégias e valores da Instituição.

Os recursos humanos a contratar deverão ser detentores das seguintes competências:

COMPETÊNCIAS GERAIS
1. Resiliência
Competência para recuperar rapidamente face a alterações emocionais e para se adaptar a situações de stress.
2. Capacidade de adaptação
Habilidade para adaptar-se à mudança e para reagir perante situações imprevistas.
3. Espírito de missão
Capacidade de ajustamento da sua atividade profissional às necessidades dos doentes em conformidade com os valores e identidade institucional.
4. Capacidade intelectual
Aptidão para a aquisição de novos conhecimentos e/ou técnicas.
5. Profissionalismo
Vontade e capacidade para atualizar os seus conhecimentos profissionais dando resposta a novas exigências, procurando a excelência do desempenho.
6. Inteligência inter-relacional
Competência para interagir com outras pessoas demonstrando sensibilidade e respeito pelos seus sentimentos e perspetivas e mantendo um clima de diálogo.



COMPETÊNCIAS ADICIONAIS PARA CARGOS TÉCNICOS

Acrescendo às descritas nos pontos 1 a 6:

7. Proatividade

Capacidade para assumir a sua quota-parte de responsabilidade no êxito da equipa de trabalho em que se integra em alinhamento com os objetivos traçados para esta.

8. Capacidade de estabelecimento de prioridades

Aptidão para a autodisciplina combatendo a dispersão e fazendo uma correta hierarquização de prioridades.

9. Espírito de equipa

Competência de diálogo com a(s) equipa(s) de trabalho cooperando com esta(s) para a obtenção de melhores resultados.

10. Apetência pelo desenvolvimento pessoal.

Vontade de se manter atualizado a nível geral, sobre ideias, cultura e novas dimensões do conhecimento da comunidade em que se integra.



COMPETÊNCIAS ADICIONAIS PARA CARGOS DE LIDERANÇA
Acrescendo às descritas nos pontos 1 a 10:
11. Capacidade Organizativa
Competência para organizar a atividade do setor, serviço ou estabelecimento que dirigir, de uma forma global conjugando os interesses da Instituição e dos trabalhadores com a qualidade do serviço prestado aos doentes.
12. Capacidade de Planificação das Ações
Competência para manter o alinhamento das práticas no setor, serviço ou estabelecimento que dirigir com os valores, objetivos e estratégias da Instituição supervisionado e responsabilizando-se pela planificação das ações a desenvolver com vista à respetiva implementação no terreno.
13. Capacidade de Melhoria Contínua da Atividade
Competência para criar condições para uma melhoria contínua do serviço desenvolvendo as potencialidades dos recursos humanos e materiais disponíveis.
14. Liderança
Competência para assumir as suas responsabilidades agindo com proficiência, integridade e segundo outros valores e princípios capazes de gerar a confiança e o respeito daqueles que lhe compete dirigir.



Estabelecidos objetivos e estratégias por parte da Direção da Instituição ou, sendo caso disso, pela Direção do estabelecimento de saúde, há que planificar os recursos necessários e calcular o respetivo impacto financeiro.

Para se dimensionar o procedimento de recrutamento dever-se-ão comparar os recursos humanos existentes com as exigências dos novos objetivos e/ou estratégias.

Relacionar as competências existentes internamente com as necessidades da Instituição, é medida necessária para que não se criem situações de sobrecarga de trabalho ou de sub - emprego, se mantenha a produtividade e se preste um serviço de qualidade.

Após a competente aprovação, quer no planeamento para substituição de recursos, quer no planeamento destinado ao aumento de efetivos, a Direção dos estabelecimentos de saúde articulará, a nível estratégico, com a Direção do Serviço de Recursos Humanos; e o responsável pelo departamento local de Recursos Humanos ou o chefe de Serviços Administrativos, articulará com esta mesma Direção recebendo orientações a nível técnico, organizativo e administrativo.

O objetivo do recrutamento é integrar a pessoa certa para o lugar, dentro do contexto da equipa em que irá trabalhar.

É necessário que a pessoa a integrar possua capacidade física, psicológica e de integração na equipa, habilitações e nível cultural adequados e que no trabalho a desenvolver possa encontrar um fator de realização pessoal.

Qualquer candidato a emprego tem direito a igualdade de oportunidades e de tratamento no que se refere ao acesso ao emprego não podendo ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever, sem prejuízo de fatores que constituam requisito justificável e determinante para o exercício da atividade profissional a contratar, em virtude da natureza dessa atividade ou do contexto da sua execução.



11. FORMAÇÃO INICIAL E FORMAÇÃO CONTÍNUA

Aquando da sua integração na Instituição qualquer trabalhador, independentemente da sua categoria profissional, recebe uma formação inicial correspondente a metade do período experimental. Essa formação será feita em contexto de trabalho e destina-se a proporcionar-lhe os conhecimentos considerados básicos e imprescindíveis para o desempenho das suas tarefas.

A referida formação será devidamente registada pela chefia direta e supervisionada pelo responsável da área.

A partir do período experimental todos os trabalhadores passam a integrar-se no Plano Geral de Formação da Instituição.

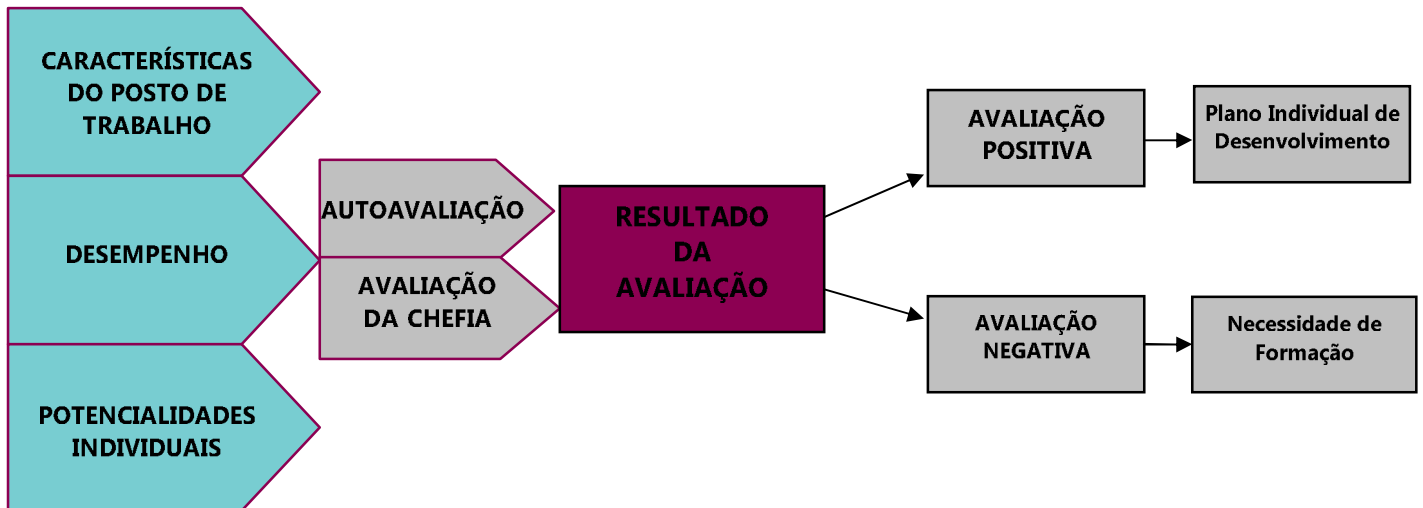
O Plano Geral de Formação tem uma periodicidade anual e é obrigatoriamente dirigido à obtenção de ganhos no processo de melhoria contínua do serviço prestado, alicerçando boas práticas e ética.

Toda a formação prestada constitui um meio de valorização dos trabalhadores.

12. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Avaliar o desempenho é fundamental para se orientarem os esforços profissionais de todos e cada um relativamente aos objetivos a atingir e para a valorização dos próprios recursos humanos da Instituição.

A avaliação anual integra-se num processo cíclico de análise dos recursos conjugando as necessidades do posto de trabalho, o desempenho de cada profissional e as potencialidades deste.



Dessa avaliação resultam diagnósticos de necessidade de formação conducente a uma melhoria contínua e meios para a gestão do potencial existente, com vista a dar resposta a ações futuras e /ou vertentes inovadoras, devendo criar-se e conservar-se registo atualizado sobre os dados de desempenho apurados.

O procedimento de avaliação é um dos momentos em que a Instituição transmite aos profissionais o que espera deles e estimula uma cultura de aquisição de novos conhecimentos tendo em vista a sua valorização profissional e o alinhamento individual com os objetivos institucionais.

Para a valorização do pessoal contribuirão concomitantemente com a formação, o reconhecimento social da qualidade com que a Instituição presta os serviços à comunidade e ainda o intercâmbio de saberes promovido por protocolos celebrados com entidades credíveis a nível da saúde, que trazem para o ambiente laboral um aporte de conhecimentos atualizados e enriquecedores.



13. RESPEITO PELOS DIREITOS DE PERSONALIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A Instituição obriga-se a respeitar os direitos dos seus profissionais enquanto pessoas.

13.1 Respeito pela integridade física e moral

A Instituição respeitará a integridade física e moral dos seus trabalhadores exigindo-lhes a respetiva reciprocidade.

13.2 Reserva da vida privada

A Instituição guardará reserva sobre a intimidade da vida privada dos seus trabalhadores não permitindo o acesso ou divulgação de aspetos referentes à esfera íntima e pessoal dos mesmos, nomeadamente aqueles que estejam relacionados com a vida familiar, afetiva e sexual, com o seu estado de saúde e com as suas convicções políticas e religiosas.

13.3 Controlo dos dados pessoais

O trabalhador ou o candidato a emprego que tenha fornecido informações de natureza pessoal tem o direito de controlar os respetivos dados pessoais podendo tomar conhecimento do seu teor e dos fins a que se destinam e exigir a sua retificação ou atualização.

13.4 Acesso e Utilização de Dados Pessoais

O processo pessoal de cada trabalhador e os ficheiros, ficheiros informáticos e acessos informáticos e arquivos utilizados pela Instituição ficam sujeitos à legislação sobre proteção de dados pessoais sendo proibida a sua divulgação ou utilização fora do âmbito do serviço de recursos humanos e seus departamentos ou secções e dos estritos fins a que se destinam, estando abrangidos pelo sigilo profissional.



13.5 Dados Biométricos

A Instituição só tratará dados biométricos dos trabalhadores após notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados sendo apenas autorizada a sua utilização na medida do estritamente necessário à produção de registos para pagamento de salários devendo os mesmos ser destruídos no momento da cessação do contrato de trabalho ou da transferência do trabalhador para outro estabelecimento.

14. SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

O Instituto assume o dever de assegurar aos seus trabalhadores condições de segurança e saúde em todos os aspetos do seu trabalho.

Pretende-se internamente o desenvolvimento de uma cultura e práticas profissionais conducentes a um ambiente profissional seguro e livre de acidentes de trabalho.

As atividades relacionadas com segurança e saúde serão prestadas por uma entidade externa.

15. PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Embora este tipo de riscos esteja incluído nas atividades de Segurança e Saúde, atendendo à especial natureza dos serviços de saúde que presta, a Instituição sempre dedicou grande atenção à prevenção dos riscos psicossociais do trabalho, tendo implementado, há longos anos, medidas práticas que se têm mostrado eficazes no seu combate.

Tais medidas fazem parte da atuação corrente do Serviço de Recursos Humanos, seus departamentos e secções e algumas delas como, por exemplo, as reuniões de Unidade são prática corrente no setor assistencial constituindo um excelente meio de participação.



As práticas internas em termos de medidas preventivas são essenciais à preservação da saúde dos trabalhadores.

Prosseguimos uma atividade que sujeita quantos a desenvolvem a situações de stress e outros riscos psicossociais.

Por tal razão, deverão os estabelecimentos de saúde dirigidos pelo Instituto manter essas medidas preventivas na medida em que, havendo um compromisso público de humanização de cuidados prestados aos doentes, tem de haver também, humanização no ambiente laboral de quem deles cuida.

Anualmente far-se-á uma avaliação de riscos psicossociais por estabelecimento de saúde com a colaboração dos serviços de segurança e saúde no trabalho.

O procedimento de avaliação e prevenção de riscos psicossociais é descrito no anexo I.

16. COMUNICAÇÃO INTERNA

Uma gestão adequada de Recursos Humanos pressupõe a possibilidade de se comunicar a todos os níveis e sempre que necessário.

A comunicação é não só uma via de transmissão de conhecimentos ajustados a uma melhoria de qualidade e produtividade, mas também possibilita a participação dos trabalhadores na atividade institucional, pode conduzir à clarificação do papel a desempenhar, prevenindo algum stress laboral e permite às chefias, através do *feedback* da comunicação, o acesso a elementos necessários a diagnósticos e decisões mais corretos.

A comunicação das informações impostas por lei deve, tanto em termos de forma como de conteúdo, obedecer ao que estiver previsto na norma legal respetiva.

A comunicação interna que não derive das disposições legais, deve fazer-se segundo os canais de transmissão e os meios adotados institucionalmente.



A comunicação intra – institucional deve ser clara precisa e sucinta de maneira a ser entendível pelo seu ou seus destinatários, evitando-se a redundância.

ANEXO I

MEDIDAS PREVENTIVAS DE RISCOS PSICOSSOCIAIS



1. Prevenção de Riscos Psicossociais

A Instituição como entidade empregadora tem obrigação legal de prevenir os riscos psicossociais decorrentes da atividade que desenvolve e ainda de fazer avaliação anual de tais riscos e implementar medidas preventivas dos mesmos.

2. Práticas Internas

As práticas internas em termos de medidas preventivas são essenciais à preservação da saúde dos trabalhadores, tendo natureza obrigatória a nível de todos os estabelecimentos de saúde.

3. Medidas Permanentes de Prevenção de Riscos Psicossociais

Estas medidas são de execução permanente e deverão ser postas em prática pelo Departamento de Recursos Humanos, ou pela própria Direção nos estabelecimentos de saúde onde aquele departamento não exista, tanto no que respeita à organização do tempo de trabalho como na distribuição da penosidade física e psicológica do mesmo.

4. Quadro das Medidas Preventivas Praticadas no IIHSCJ

1ª SITUAÇÃO – Horas de maior carga de trabalho (Higienes/Deitar)

Objetivo: Conjuguar o esforço pedido com a capacidade física dos trabalhadores.

MEDIDA: Reforçar o número de trabalhadores nessas horas devendo esse reforço estar patente nos mapas de horário de trabalho.

2ª SITUAÇÃO – Trabalho isolado

Objetivo: Evitar o isolamento do trabalhador ao longo da jornada de trabalho.

MEDIDA: Fazer o atendimento direto ao doente com auxílio de um colega, na medida do possível, e do que for compatível com as funções exercidas.



3ª SITUAÇÃO – Sobrecarga de trabalho e trabalho não planificado

Objetivo: Evitar o stress.

MEDIDA: Organizar e planificar o trabalho e estabelecer a rotatividade de pessoal e folgas nos horários de trabalho, evitando sobrecargas. Controlar a capacidade física e psíquica dos trabalhadores para o exercício das funções que lhes estão atribuídas com a colaboração dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho. Definir as responsabilidades e funções de todos os trabalhadores para tornar perceptível o seu papel no conjunto da equipa de trabalho.

4ª SITUAÇÃO – Exigência de novos conhecimentos para a melhoria do desempenho profissional

Objetivo: Obter uma melhoria contínua de conhecimentos de forma adequada sem sobrecarga emocional para os trabalhadores.

MEDIDA: Estimular os trabalhadores para o desenvolvimento dos seus conhecimentos profissionais dando-lhes concomitantemente apoio técnico e formação profissional atualizada e adequada às funções desempenhadas.

5ª SITUAÇÃO – Acréscimos pontuais de trabalho

Objetivo: Manter uma resposta das equipas de trabalho ajustada às circunstâncias sem sobrecarga para os trabalhadores.

MEDIDA: Preparar os trabalhadores para enfrentar acréscimos temporários de trabalho mantendo-os devidamente informados e contratando mais trabalhadores temporariamente, sendo caso disso.

6ª SITUAÇÃO – Trabalho Suplementar

Objetivo - Criar possibilidade de os trabalhadores manterem o convívio com familiares e favorecer a interação social dos mesmos.

MEDIDA: Reduzir o trabalho suplementar ao estritamente indispensável.



7ª SITUAÇÃO – Qualidade do Trabalho Executado

Objetivo: Promover a melhoria contínua da qualidade do serviço com definição clara do papel de cada elemento da equipa de trabalho.

MEDIDA: Intervir imediatamente, os superiores hierárquicos, quando a avaliação do trabalho que estiver a ser executado for negativa, corrigindo o trabalhador de forma construtiva e apoiando-o com a transmissão de conhecimentos.

8ª SITUAÇÃO – Conflitos no Local de Trabalho

Objetivo: Estabelecer uma cultura de não-violência.

MEDIDA: Fomentar o respeito mútuo entre os elementos das equipas de trabalho, devendo as chefias promover este entendimento e participar imediatamente qualquer forma de intimidação ou violência.

9ª SITUAÇÃO – Participação e Clarificação de Papeis

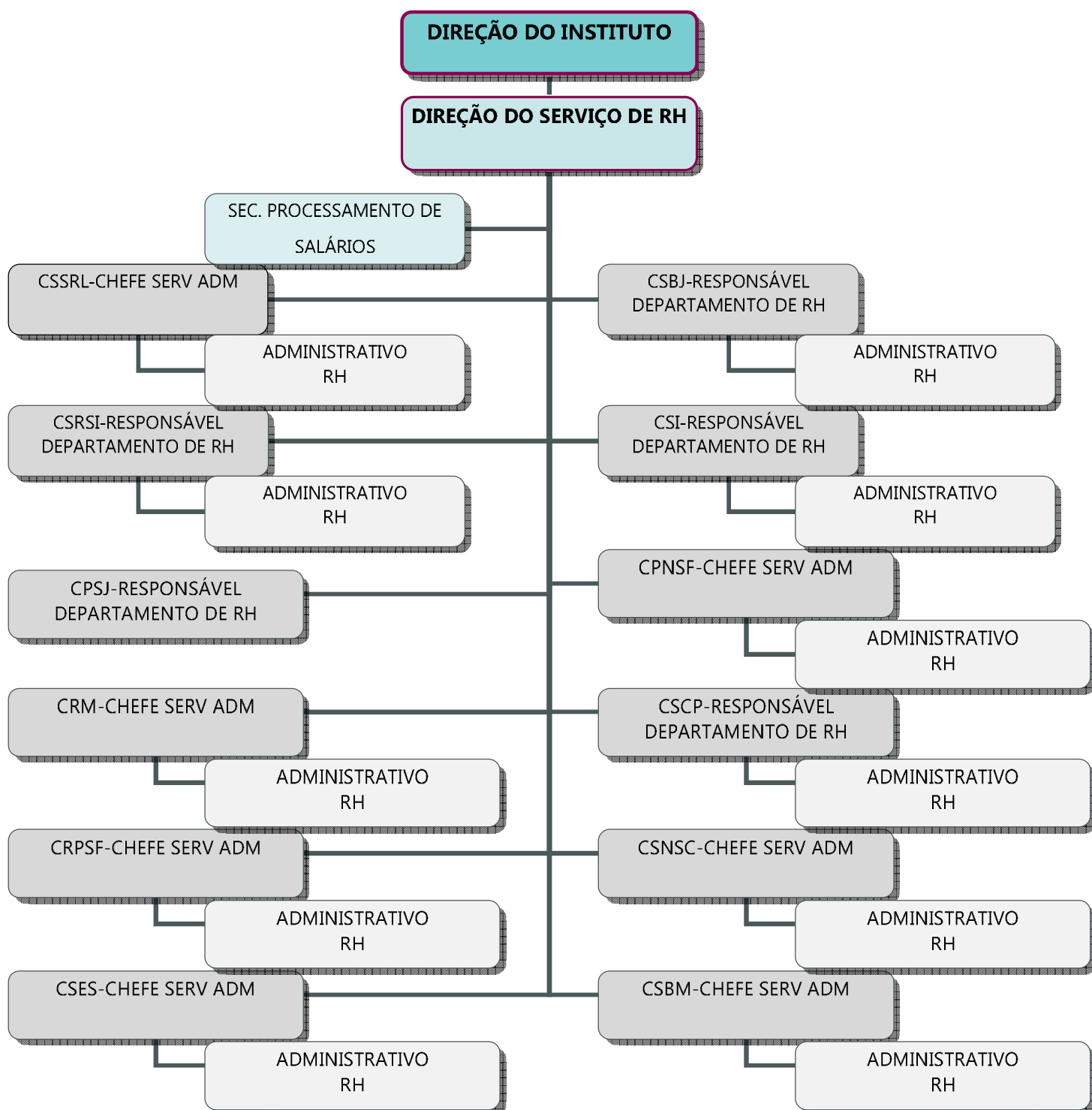
Objetivo: Fomentar a organização participada do trabalho a desenvolver.

MEDIDA: Realizar reuniões de unidade/serviço com vista à participação dos trabalhadores no serviço prestado e a satisfação destes relativamente ao trabalho que lhes está atribuído e ao ambiente de trabalho.



ANEXO II

ORGANOGRAMA DO SERVIÇO DE RECURSOS HUMANOS



CRONOGRAMA PARA CUMPRIMENTO DO REFERENCIAL EQUASS

PRO.01 - Melhoria Contínua	TAREFA A DESENVOLVER	PRAZO	RESPONSÁVEL
	Elaboração do Plano Estratégico do Instituto.	A cada 6 anos	Diretor gerente
	Elaboração do Plano estratégico de cada estabelecimento de saúde.	A cada 3 anos	Diretor gerente
	Elaboração do Plano de Gestão e orçamento anual.	Anualmente	Diretor gerente
	Planeamento dos Objetivos e das Ações (que têm um horizonte temporal máximo de um ano) a programar no Plano de Gestão em consequência dos “Objetivos Provinciais”.	Quadrimstral	Diretor Gerente
	Análise do Plano de Gestão em reunião de Conselho de Direção, o seu envio à Direção do Instituto, acompanhado por ata de aprovação.	Até ao dia 15 de dezembro	Direção do Instituto
	Aprovação do Plano de Gestão pela Direção do Instituto e a decisão registada em ata.	Até ao dia 15 de janeiro	Direção do Instituto
	O Plano de Gestão e Plano anual dos Serviços e Unidades têm uma frequência de monitorização quadrimestral. Os resultados da monitorização dos planos anuais dos serviços são analisados e enviados à Direção respetiva, para análise. Os resultados são debatidos em reuniões de equipa. Nas duas primeiras monitorizações, e face a eventuais desvios, serão definidas as ações de melhoria , registadas no instrumento de monitorização.	Quadrimstral 1ª: até 30 de Maio 2ª: até 30 de Setembro 3ª: até 30 de janeiro	Responsável do serviço
	Ao nível dos instrumentos previsionais, Lotação, Recursos Humanos e Contas Previsionais a monitorização também será feita, fazendo-se na demonstração de resultados uma comparação com o período homólogo do ano anterior e com a previsão anual, para o ano em curso.	Quadrimstral	Diretor gerente
	Envio de dados globais de monitorização dos planos dos serviços para a elaboração da memória anual do estabelecimento de saúde. Os resultados das monitorizações do plano de gestão são enviados para a Direção do Instituto.	Até ao final de janeiro	Responsáveis dos serviços
	PROC. 02- Controlo de não conformidades		
	Identificar e analisar as causas de oportunidade de melhoria, não conformidade ou potencial não conformidade e elaborar o plano de ação.	5 dias úteis	Responsável do processo
	Monitorizar o cumprimento de prazos do plano de ação efetuando o registo no MOD.21 – Mapa de controlo de não conformidades, projetos e ações de melhoria .	Mensalmente	Gestor da Qualidade
	Enviar ao Diretor Gerente cópia do MOD.21 – Mapa de controlo de não conformidades e/ou oportunidades de melhoria .	Até ao 5º dia de cada mês	Gestor da Qualidade
	PROC.03- Avaliação do contributo das entidades parceiras		
	Entregar o MOD.23 – Listagem das entidades parceiras ao Gestor da qualidade.	Até ao dia 10 de maio	Diretor gerente
	Entregar o MOD.22 – Questionário de avaliação do contributo das entidades parceiras à Direção respetiva.	Até 15 de maio.	Gestor da Qualidade
	Proceder à avaliação das entidades parceiras e enviar os questionários para o Gestor da Qualidade.	Até ao dia 20 de junho	Direção responsável
	Proceder ao registo dos questionários no MOD.24 – Registo de questionários de avaliação do contributo das entidades parceiras .	Anualmente, até 15 de julho	Gestor Da Qualidade
	PROC.04- Gestão de reclamações, sugestões e agradecimentos		
	Verificação das caixas de sugestões, Reclamações, sugestões ou agradecimentos entregues noutro tipo de registos serão analisados e anexados ao MOD.27. Formulário de reclamações, sugestões e agradecimentos .	Semanal	Diretor Gerente, ou em quem ele delegar
	Emitir um parecer por escrito ao Diretor Gerente no MOD.02 – Nota interna .	Prazo de 10 dias úteis	Responsável de Processo
	Após receção do parecer escrito do Responsável de Processo, no caso de ser reclamação, comunicar ao reclamante, por escrito as diligências realizadas.	5 dias úteis	O Diretor Gerente
	Se se tratar de uma sugestão e agradecimento, após ser comunicado em Conselho de Direção, será enviada uma informação escrita.	5 dias úteis.	Diretor gerente
	No caso de apresentação de uma reclamação escrita no Livro de Reclamações, entregar o duplicado ao reclamante, enviar o original da reclamação para as entidades oficiais, dar conhecimento ao Gestor da Qualidade, concomitantemente, enviar uma cópia da reclamação para a Direção do Instituto.	1 dia útil	Diretor gerente
	Apresentada uma reclamação por parte do utente, destacar do Livro de Reclamações o original que, deve ser remetido à ERS (Entidade Reguladora de Saúde).	No prazo de 10 dias úteis	Entidade prestadora de cuidados de saúde
	Informar o Gestor da Qualidade da existência de reclamação escrita no livro de reclamações, que procede ao registo no MOD.26 – Registo de reclamações, sugestões e agradecimentos .	1 dia útil	Diretor gerente

PRO.01- Melhoria Contínua	TAREFA A DESENVOLVER	PRAZO	RESPONSÁVEL
	PROC.06- Segurança e proteção		
	Instaurar um processo de averiguação da ocorrência, apurar responsabilidades e garantir a aplicação das medidas necessárias que permitam assegurar a defesa e proteção da pessoa assistida.	≤ 8 dias úteis	Diretor gerente
	PROC.09- Avaliação da comunidade		
	Proceder à recolha e ao registo dos questionários no MOD.48 – Registo dos questionários de avaliação do grau de conhecimento da comunidade anualmente.	Mensalmente	Gestor da Qualidade
	Efetuar o tratamento dos dados e enviar o MOD.186 – Relatório de avaliação do grau de conhecimento da comunidade ao Diretor Gerente. Os resultados são apresentados, pelo Diretor Gerente, em reunião de Conselho de Direção.	Anualmente, até 10 de outubro	Diretor Gerente
	A divulgação de resultados é realizada, através do MOD.107 – Brochura de divulgação resultados	Anualmente, até 31 de dezembro	Diretor gerente
	A elaboração do Plano Anual de Auditorias (MOD.49) para a sua implementação no ano seguinte, deve ser enviado ao Diretor Gerente.	Até ao dia 30 de Outubro	Gestor da Qualidade/ Responsáveis de processo
	A elaboração do Plano Anual de Auditorias (MOD.49) para a sua implementação no ano seguinte deve ser aprovado em Conselho de Direção e deverá integrar como anexo o Plano de Gestão.	Até dia 15 do mês de Novembro	Diretor gerente
	No caso de ser um auditor interno do IIHSC é analisada a disponibilidade dos intervenientes e confirmado o auditor/equipa auditora. É enviado o nome e contacto do auditor ao Diretor Gerente do estabelecimento de saúde a auditar, que posteriormente informará o gestor da qualidade.	Com um mês e meio de antecedência, no mínimo	O responsável do SGQ do IIHSCJ
	Enviar a Ficha de Informação ao Auditor (MOD. 52) e documentos de apoio à auditora, quer se trate de auditor externo ou interno. Este plano deverá ser aceite pelo auditado e, se necessário, revisto com o auditor/equipa auditora. O Gestor da Qualidade notifica os responsáveis dos processos a auditar através do MOD.02 – Nota interna , com a antecedência de 6 dias úteis. O plano de auditoria deve ser divulgado a todos os profissionais do estabelecimento de saúde, através de reuniões de equipa e/ou afixação.	Um mês antes da data da auditoria	Gestor da Qualidade
	Posteriormente, enviar ao Diretor Gerente do estabelecimento de saúde o Plano de auditoria (MOD. 51).	Até 10 dias úteis antes da auditoria	Auditor/equipa auditora
	Notificar o Gestor da Qualidade sobre o plano da auditoria.	Após 1 dia útil da sua receção	Diretor Gerente do estabelecimento de saúde
	O registo das constatações e oportunidades de melhoria deve ser feito no MOD. 53- Relatório de auditoria , que deve ser entregue ao Diretor Gerente do estabelecimento de saúde.	Até 5 dias úteis após a realização da auditoria	Auditor/equipa auditora
	Enviar para os responsáveis de processo e Gestor da Qualidade o MOD. 53- Relatório de auditoria .	Até 2 dias úteis	Diretor gerente
	Todos os auditores internos da bolsa do IIHSCJ são sujeitos a uma avaliação do seu desempenho nas auditorias realizadas. Esta avaliação é realizada através do preenchimento do MOD. 55 – Questionário de avaliação da reação – auditoria interna que posteriormente é enviado o MOD.55 devidamente preenchido para o Diretor Gerente.	Após 3 dias úteis da auditoria	Gestor da Qualidade
	Enviar o respetivo questionário MOD. 55 para o responsável pelo SGQ do IIHSCJ.	Prazo de 2 dias úteis	Diretor gerente

PRO.01 - Melhoria Contínua	TAREFA A DESENVOLVER	PRAZO	RESPONSÁVEL
	PROC.11- Avaliação da satisfação		
	Disponibilizar os questionários de avaliação da satisfação aos profissionais que os irão distribuir. A entrega de questionários às partes interessadas é registada no MOD.59- Registo de entrega dos questionários de avaliação do grau de satisfação pelo responsável da sua distribuição. As responsabilidades e a calendarização para a avaliação do grau de satisfação das partes interessadas estão definidas no PROC.11- Avaliação do grau de satisfação das partes interessadas .	----	Gestor da Qualidade
	MOD.60- Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes internados em unidades de longo internamento (entregues pessoalmente entre maio/junho)	31 de julho	Responsável da Unidade
	MOD.61- Questionário de avaliação do grau de satisfação dos familiares/pessoa significativa dos utentes internados em unidades de longo internamento (entregues por correio digital, analógico ou pessoalmente entre maio/junho)	31 de julho	Responsável da Unidade ou outro Profissional
	MOD.62- Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes internados nas unidades de curto e médio internamento (entregues pessoalmente no dia de alta)	Dia de Alta	Enfermeiro de Turno
	MOD.63- Questionário de avaliação do grau de satisfação dos familiares/pessoa significativa dos utentes internados em unidades de curto e médio internamento (entregues pessoalmente no dia de alta)	Dia de Alta	Enfermeiro de Turno
	MOD.64- Questionário de avaliação do grau de satisfação dos profissionais do IIHSCJ (entregues pessoalmente de 1 a 20 de Maio)	Até 30 de maio	Resp.depart. Rh ou chefe de serv. Administrativos
	MOD.65- Questionários de avaliação do grau de satisfação dos voluntários (entregues pessoalmente de 1 a 20 de Maio)	Até 30 de maio	Responsável serviço de Voluntariado
	MOD.66- Questionários de avaliação do grau de satisfação dos utentes de consulta externa (entregues pessoalmente na 1ª consulta do ano)	Todo o ano	Administrativa
	MOD.67- Questionários de avaliação do grau de satisfação de utentes do apoio domiciliário (entregues pessoalmente e com periodicidade anual ou final do acompanhamento)	Todo o ano	Técnico de Referência (TR)
	MOD.226 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes internados em área de dia (entregues pessoalmente e com periodicidade anual)	Todo o ano	Enfermeiro/ Outro profissional a designar
	MOD.221 – Questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes em programas de intervenções especializadas (entregues pessoalmente e no final das intervenções)	Todo o ano	Técnico de Referência (TR)
	MOD.68 – Questionário de avaliação do grau de satisfação de entidades parceiras/entidades financiadoras (entregues por correio digital, analógico ou pessoalmente entre maio/junho)	31 de julho	Direção do Estabelecimento de saúde
	Proceder à recolha dos questionários e do MOD.59 – Registo de entrega dos questionários de avaliação do grau de satisfação devidamente preenchido.	Durante os meses subsequentes à data limite de receção	Gestor da qualidade
	Rececionar os questionários de utentes e familiares/significativo de curto e médio internamento, das consultas externas e do apoio domiciliário	Mensalmente até 31 de agosto	Gestor da Qualidade
	Efetuar o tratamento dos dados, elaborando uma análise intermédia dos questionários entregues durante o último quadriestrem do ano anterior e os dois primeiros quadriestres do ano referente ao relatório.	Quadriestral	Gestor da Qualidade
	Após o tratamento dos dados	Até 30 de setembro	Gestor da Qualidade
	Reunir com a Direção do estabelecimento de saúde e com a Equipa da Qualidade, para discussão dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria e serem incluídos no relatório.	Prazo máximo de 15 dias úteis	Gestor da Qualidade
	Elaborar o relatório final de acordo com o MOD.70 – Relatório de avaliação da satisfação das partes interessadas e enviar ao Diretor Gerente.	Até 30 de outubro	Gestor da Qualidade
	Validação do relatório final de acordo com o MOD.70 – Relatório de avaliação da satisfação das partes interessadas	Até 15 de novembro	Diretor gerente
	Após validação do relatório, o Diretor Gerente procede à divulgação dos resultados junto do Conselho da Direção e das entidades parceiras e financiadoras. O Gestor da Qualidade procede à divulgação dos resultados, de forma diferenciada, junto das partes interessadas.	Até 31 de dezembro do ano referente ao relatório	Diretor gerente Gestor da qualidade

	TAREFA A DESENVOLVER	PRAZO	RESPONSÁVEL
PRO.02- Intervenção clínica no internamento	PROC.07- Plano individual de intervenção (PII)		
	No serviço de consulta externa o planeamento individual é registado no processo clínico do utente, como referido no PRO.07 – Intervenção clínica no ambulatório . O PII é elaborado após a admissão nas unidades de curto internamento	Prazo máximo de 3 dias	Responsável PII
	O PII é elaborado após a admissão nas unidades de médio internamento	Prazo máximo de 15 dias	Responsável PII
	O PII é elaborado após a admissão nas unidades longo internamento	Prazo máximo de 30 dias	Responsável PII
PRO.04- Serviços de apoio	PROC.22- Gestão de transportes, salas e equipamentos		
	A requisição de espaços e de equipamentos (ex.: videoprojectores) deve ser apresentada mediante a entrega do MOD.127 – Requisição de espaços e equipamentos , nos serviços administrativos ou outro serviços designados para o efeito, com antecedência até à data de utilização do espaço ou equipamento. Mediante a disponibilidade do espaço ou equipamento pedido é aprovada a requisição através de rubrica no próprio.	Antecedência possível de 3 dias úteis	Serviços administrativos
PRO.09- Investigação, desenvolvimento e inovação	PROC.33- Investigação clínica		
	Dar as respostas aos projetos de investigação.	Até 7 semanas após a receção do pedido	Responsável projetos de investigação Diretor Gerente
PRO.11- Docência, formação e desenvolvimento de profissionais	PROC.08- Formação e desenvolvimento dos profissionais		
	Realização dos planos individuais de formação (MOD.39 – Plano individual de formação) os quais devem ser validados e assinados pelos respetivos intervenientes	Entre 1 de setembro e 15 de novembro de cada ano	Responsável de Formação
	Com base nos planos individuais de formação, elaborar o MOD.40 – Plano anual de formação da unidade/serviço e posteriormente este deve ser validado pela direção respetiva que o envia para o Coordenador pedagógico com vista à elaboração do plano anual de formação.	Até 15 de novembro	Chefia direta
	Elaborar MOD.41 – Plano anual de formação e enviar ao Diretor Gerente a fim de ser analisado em Conselho de Direção e aprovado.	Até 30 de novembro	Departamento de formação do estabelecimento de saúde
	Após aprovação do MOD.41 – Plano anual de formação , o mesmo deve ser enviado ao Centro de Formação a fim de ser elaborado o Plano Anual de Formação do Instituto.	Até 30 de dezembro de cada ano	O Responsável de Formação
	Concluir e validar o Plano Anual de Formação do Instituto (sendo posteriormente disseminado para os estabelecimentos de saúde).	Até 30 de janeiro	Responsável de Formação Diretor Gerente
	É realizada a monitorização do plano anual de formação da unidade/serviço (PAFU) e é enviada pelo responsável da unidade/serviço o anexo do MOD.198- Monitorização da atividade formativa , para o Departamento de Formação do estabelecimento de saúde. Este com base na informação recolhida das unidades/serviço, elabora o anexo do MOD.198- Monitorização da atividade formativa . Cada relatório trimestral deverá ser enviado ao Diretor Gerente (maio, setembro, janeiro). Este deverá enviar posteriormente à direção do Instituto com o Relatório de Monitorização trimestral do MOD.104 – Plano de Gestão .	Trimestral: 1º: Até 15 de maio 2º: Até 15 de setembro 3º: Até 15 de janeiro	Responsável de Formação Gestor da Qualidade Diretor Gerente
	No final do ano é realizado o balanço final das atividades formativas desenvolvidas, de acordo com o MOD. 58 – Relatório final de avaliação da formação , este deverá ser enviado para a direção do estabelecimento de saúde, a fim de ser integrado na memória anual.	Até ao fim de janeiro	Responsável de Formação
	Paralelamente e após validado pela Direção, é enviado este relatório MOD. 58 – Relatório final de avaliação da formação para o Centro de Formação do IIHSCJ.	Até 28 de fevereiro	Responsável de Formação

Relatório de Auditoria

Organização:	Casa de saúde Bento Menni (CSBM)		
Representante:	Ir. Isabel Morgado, Administradora da Qualidade		
Locais Auditados:	Unidades de internamento de Psiquiatria, Psicogeriatria e Deficiência Mental e Serviços de apoio (Receção, Lavandaria, outros)		
Norma (s):	EQUASS Assurance		
Data (s) da Auditoria:	30/03/2015	Tipo de Auditoria:	Interna a processos-chave
Auditor (es):	Carla Costa		
Data do Relatório:	02/04/2015		

1. Objetivos e Metodologia da Auditoria

A auditoria foi realizada com o objetivo de verificar o cumprimento dos processos-chave de admissão e intervenção clínica no internamento, nas unidades de internamento, bem como o procedimento sistema de gestão da informação e confidencialidade.

A auditoria foi realizada através da análise documental e de atividades no âmbito dos processos chave e entrevistas a profissionais da CSBM.

2. Âmbito da Auditoria

A auditoria interna aos processos chave PRO.03- Serviços de suporte, PRO.04- Serviços de apoio, PRO.08- Voluntariado assistencial e PRO.09- Investigação, desenvolvimento e inovação (IDI)

3. Conclusões da Auditoria

A CSBM tem implementado o EQUASS Assurance, e necessita de renovar a certificação e encontra-se em fase de ajustamento/adaptação aos processos chave.

Em relação aos critérios EQUASS Assurance, existem alguns indicadores que ainda não se encontram devidamente implementados.

4. Resultados de Auditorias Anteriores

--

5. Constatações da Auditoria

O plano de auditoria foi analisado previamente à data de realização de auditoria e não sofreu alterações.

Foram entrevistados profissionais da CSBM com as seguintes funções: Responsável de Enfermagem; Administrativa; Funcionárias de ação direta; Responsável Voluntariado; Técnica de



Farmácia.

Da análise efetuada é possível constatar que os processos, procedimentos e instruções de trabalho relativos ao processo chave **PRO.03- Serviços de suporte, PRO.04- Serviços de apoio, PRO.08- Voluntariado assistencial e PRO.09- Investigação, desenvolvimento e inovação (IDI)** foram disseminados pelos colaboradores afetos, tendo já sido implementadas algumas atividades e registos. Contudo, existem ainda alguns procedimentos e instruções de trabalho que necessitam de implementação.

Foi ainda possível verificar que os colaboradores compreendem a globalidade do sistema de gestão da qualidade e estão envolvidos nas dinâmicas necessárias ao cumprimento dos requisitos do Sistema de Certificação da Qualidade Social- EQUASS *Assurance*, nomeadamente pelo conhecimento da missão, visão e valores, e pela articulação e contributo de todos nos planos individuais de intervenção.

Reitera-se o facto de a auditoria ter decorrido segundo um processo de amostragem, pelo que se propõe que a CSBM desenvolva uma avaliação mais abrangente ao seu sistema, por forma a identificar e a tratar outras situações idênticas.

Foram identificadas as seguintes não conformidades:

PRO.03- SERVIÇOS DE SUPORTE

-Apesar de ser registada e monitorizada a temperatura do armazém de medicamentos e os registos arquivados, não está identificado o *dossier* de arquivo com o código correto (**10.30.11**).

-A instrução de trabalho **INS.03- Embalamento de dispositivos médicos/ compressas**, apesar de estar a ser aplicada, existem ainda medicamentos sem embalamento e rotulagem.

PROC.19- Circuito de esterilização

-O envio de dispositivos médicos a esterilizar é registado no **MOD.111.01- Requisição interna/ guia de saída**, contudo, não aparece o número de modelo no duplicado.

-Apesar de todo o material esterilizado estar devidamente identificado, não é colocada a data de esterilização no equipamento.

-Está em falta o **MOD.02- Nota interna**, relativamente à periodicidade de testes químicos e biológicos Bowie e Dick.

PRO.04- SERVIÇOS DE APOIO

-No serviço de receção deve ser implementado um método de controlo de saída de todas as pessoas (colaboradores, visitantes e outros) que frequentem a CSBM.

PROC.13- Ciclo de tratamento de roupas

-Apesar de o **MOD.82- Ciclo de tratamento de roupas** estar preenchido e afixado/ disponível nos serviços de lavandaria e nas unidades de internamento, o modelo em vigor está desatualizado



(MOD.82.00), devendo, portanto, preencher o MOD. 82.01.

-Verificou-se que alguns profissionais da lavandaria não usavam calçado adequado (D. Dulce e D. Emília).

-O **MOD.83- Registo de roupa danificada** estava a ser preenchido e é mantido o arquivo em dossier, contudo, o modelo em utilização está desatualizado (**MOD.83.00**), devendo, portanto, preencher o **MOD.83.01**.

PROC.14- MANUTENÇÃO E CONTROLO DE EQUIPAMENTOS

-A direção de enfermagem mantém atualizado o **MOD.84- Lista de equipamentos**, no que concerne ao equipamento hospitalar, contudo, o mesmo não se encontra verificado pela direção de enfermagem.

PROC.20- HIGIENIZAÇÃO DE ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS

-Não está disponível nem preenchido o **MOD.114.01- Plano de higienização** na zona da lavandaria para que os colaboradores responsáveis executem a higienização dos espaços.

-As atividades de higienização não estão a ser registadas no modelo específico na zona da Lavandaria.

-O cumprimento do plano de higienização e da distribuição das atividades de higienização nas diferentes áreas não está a ser verificado através de assinatura, e datado semanalmente pelo enfermeiro chefe e/ou encarregada de unidade nas áreas clínicas e pela responsável de serviços gerais nas áreas "extra" às unidades.

-Na unidade 05-06, o **MOD.122- Registo de limpeza: instalações** sanitárias está a ser preenchido, contudo, o modelo em utilização está desatualizado (**MOD.122.00**), devendo, portanto, preencher o **MOD.122.01**.

-Nas unidades: 01-02 e 03-04, as atividades de higienização não estão a ser verificadas, através de assinatura, no modelo específico.

-Devem registar no **MOD.180- Registo de limpeza: Sala de tratamento** a higienização da marquise e outros equipamentos que são higienizados frequentemente.

-Foi verificado que a colaboradora D. Augusta, apesar de preencher os **MOD.119.01- Registo de limpeza: gabinetes de atendimento** e **MOD.216.00- Registo de limpeza: sala de estar**, não existe *dossier* de arquivo e não é possível identificar claramente o serviço/ unidade ao qual se referem os modelos.

-A colaboradora D. Fátima está a preencher o Modelo obsoleto (**MOD.122.00**) e não está disponível o **MOD.114.01- Plano de higienização**.

-As atividades de higienização não estão a ser registadas no modelo específico na zona da capela, corredor bazar, casas de banho e auditório pela colaboradora D. Aurora.

PROC.22- Gestão de transportes, salas e equipamentos

-Não estão implementados os registos associados ao **PROC.22- Gestão de transportes, salas e equipamentos**.



PRO.09- INVESTIGAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO (IDI)

PROC.33- INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

-Não é requerido parecer ao NAISM para os estudos de investigação desenvolvidos no Centro. É apenas solicitado parecer à comissão de ética ou ao diretor clínico.

6. Observações (recomendações) / Oportunidades de melhoria

PROC.19- Circuito de Esterilização:

-Desenvolver uma Instrução de trabalho para as operações de esterilização.

PROC.20- HIGIENIZAÇÃO DE ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS

-Prever a aquisição de acrílicos para colocar registos de higienização nas unidades novas.
-Dar formação sobre os produtos de higienização na lavandaria.
-Na unidade 05-06: são colocados os produtos de higienização na casa de banho que se encontra desativada, deste modo, devem proceder à alteração da sinalética (colocar: Zona de produtos e utensílios de higienização).

Fim do relatório

Data: ____/____/____

Representante da Instituição

Auditor

(Nome)

(Nome)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE LONGO INTERNAMENTO

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes, gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradeceríamos que avaliasse o serviço prestado pela Instituição, indicando o seu grau de satisfação.

Instruções de preenchimento:

- Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo;
- Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar **NS (Não sei)**;
- Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar **NA (Não se aplica)**;
- A resposta a este questionário é **anónima e confidencial** e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços prestados na Instituição.

1	2	3	4	NS	NA
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não Sei	Não se Aplica
☹	☹	☺	☺		

Qual o seu grau de satisfação relativamente aos cuidados recebidos durante o último ano:

	1	2	3	4	NS	NA
1.1 Atendimento médico	1	2	3	4	NS	NA
1.2 Atendimento de enfermagem	1	2	3	4	NS	NA
1.3 Atendimento das ajudantes de enfermagem	1	2	3	4	NS	NA
1.4 Atendimento dos outros técnicos	1	2	3	4	NS	NA
1.5 Atendimento espiritual	1	2	3	4	NS	NA
1.6 Atendimento dos serviços administrativos	1	2	3	4	NS	NA
1.7 Atendimento dos voluntários	1	2	3	4	NS	NA
1.8 Envolvimento no plano individual de intervenção	1	2	3	4	NS	NA
1.9 Informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes	1	2	3	4	NS	NA
1.10 Respeito e salvaguarda dos direitos por parte dos profissionais de saúde	1	2	3	4	NS	NA
1.11 Respeito e salvaguarda pela confidencialidade	1	2	3	4	NS	NA
1.12 Respeito e salvaguarda pela privacidade	1	2	3	4	NS	NA
1.13 Oportunidade de expressar as suas decisões/opiniões e reclamações	1	2	3	4	NS	NA
1.14 Respeito pelas suas decisões/opiniões e reclamações	1	2	3	4	NS	NA
1.15 Limpeza e higiene das instalações	1	2	3	4	NS	NA
1.16 Conforto e comodidade dos quartos (temperatura, ruído, instalações, etc.)	1	2	3	4	NS	NA
1.17 Qualidade da Alimentação	1	2	3	4	NS	NA
1.18 Conhecimento das atividades/eventos realizados na Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.19 Participação nas atividades/eventos realizados pela Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.20 Conhecimento das normas de funcionamento da Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.21 Informação sobre como ter acesso a representantes e pessoas de apoio	1	2	3	4	NS	NA
1.22 Contributo da Instituição para a concretização dos seus objectivos e expectativas	1	2	3	4	NS	NA
1.23 Contributo da Instituição para a melhoria da sua qualidade de vida	1	2	3	4	NS	NA
1.24 APRECIACÃO GLOBAL DO INTERNAMENTO	1	2	3	4	NS	NA
1.25 Se um familiar ou amigo seu precisasse, recomendaria esta instituição?						
O Sim O Não						

2. Apresente os seus comentários e/ou sugestões de melhoria para os itens que identificou com menor grau de satisfação





Data:

Unidade/Serviço:

Obrigado pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES/ PESSOA SIGNIFICATIVA DOS UTENTES EM UNIDADES DE LONGO INTERNAMENTO

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes, gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradecemos que avaliasse o serviço prestado pela Instituição, indicando o seu grau de satisfação.

Instruções de preenchimento: - Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo; - Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei) ; - Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica) ; - A resposta a este questionário é anónima e confidencial e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços prestados na Instituição.	1	2	3	4	NS	NA
	Muito insatisfeito 	Insatisfeito 	Satisfeito 	Muito Satisfeito 	Não Sei	Não se Aplica

Qual o seu grau de satisfação relativamente aos cuidados prestados pela Instituição no último ano:

1.1 Atendimento médico	1	2	3	4	NS	NA
1.2 Atendimento de enfermagem	1	2	3	4	NS	NA
1.3 Atendimento das ajudantes de enfermaria	1	2	3	4	NS	NA
1.4 Atendimento dos outros técnicos	1	2	3	4	NS	NA
1.5 Atendimento espiritual	1	2	3	4	NS	NA
1.6 Atendimento dos serviços administrativos	1	2	3	4	NS	NA
1.7 Atendimento dos voluntários	1	2	3	4	NS	NA
1.8 Atendimento telefónico	1	2	3	4	NS	NA
1.9 Envolvimento no plano individual de intervenção do seu familiar/significativo	1	2	3	4	NS	NA
1.10 Informação disponibilizada sobre os direitos e deveres dos utentes	1	2	3	4	NS	NA
1.11 Respeito e salvaguarda dos direitos do seu familiar	1	2	3	4	NS	NA
1.12 Respeito e salvaguarda pela confidencialidade do seu familiar	1	2	3	4	NS	NA
1.13 Respeito e salvaguarda pela privacidade do seu familiar	1	2	3	4	NS	NA
1.14 Limpeza e higiene das instalações	1	2	3	4	NS	NA
1.15 Conforto e comodidade dos espaços	1	2	3	4	NS	NA
1.16 Conhecimento das atividades/eventos realizados na Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.17 Conhecimento das programas/serviços da Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.18 Conhecimento das normas de funcionamento da Instituição	1	2	3	4	NS	NA
1.19 Contributo da Instituição para a satisfação dos objectivos e expectativas do seu familiar	1	2	3	4	NS	NA
1.20 Contributo da Instituição para a melhoria da qualidade de vida do seu familiar	1	2	3	4	NS	NA
1.21 APRECIACÃO GLOBAL DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA INSTITUIÇÃO	1	2	3	4	NS	NA
1.22 Se um familiar ou amigo seu precisasse, recomendaria esta instituição? O Sim O Não						
1.23 O horário das visitas permitiu-lhe acompanhar o seu familiar durante este internamento? O Sim O Não Se não, qual o horário desejado? _____						

2. Apresente os seus comentários e/ou sugestões de melhoria para os itens que identificou com menor grau de satisfação

Data:

Unidade/ Serviço:





Obrigado pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O objetivo deste questionário é obter informações sobre o seu grau de satisfação relativamente ao trabalho. Não há respostas certas ou erradas, pretende-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Trata-se de um questionário de natureza confidencial e anónima.

Instruções de preenchimento:

- Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respetivo número com um círculo;
- Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei);
- Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica).

1	2	3	4	NS	NA
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não Sei	Não se Aplica
					

Qual o seu grau de satisfação relativamente a:

1. Compromisso com a missão, visão e valores da Instituição.	1	2	3	4	NS	NA
2. Inovação e melhoria contínua do Centro.	1	2	3	4	NS	NA
3. Formação para o desenvolvimento das suas competências profissionais e melhoria do seu desempenho.	1	2	3	4	NS	NA
4. Ambiente de trabalho favorável ao exercício das suas funções	1	2	3	4	NS	NA
5. Colaboração entre si e os seus colegas.	1	2	3	4	NS	NA
6. Organização e planeamento do trabalho, no seu serviço/unidade.	1	2	3	4	NS	NA
7. Definição clara do seu trabalho/ tarefas no cumprimento dos objectivos do seu serviço/unidade.	1	2	3	4	NS	NA
8. Apoio da chefia em situações de mudança no trabalho.	1	2	3	4	NS	NA
9. Consenso, em equipa, sobre aspetos a melhorar da sua unidade/serviço.	1	2	3	4	NS	NA
10. Grau de realização pessoal com o seu trabalho.	1	2	3	4	NS	NA
11. Reconhecimento pela chefia direta quando executa bem o seu trabalho.	1	2	3	4	NS	NA
12. Avaliação do seu desempenho e melhoria profissional.	1	2	3	4	NS	NA
13. Relacionamento com os utentes e respetivos familiares.	1	2	3	4	NS	NA
14. Possibilidade de expressar livremente as suas opiniões e fazer sugestões.	1	2	3	4	NS	NA
15. Recursos e equipamentos de que dispõe para a realização do seu trabalho.	1	2	3	4	NS	NA
16. Seu contributo e participação na melhoria contínua dos serviços prestados pela instituição.	1	2	3	4	NS	NA
17. Cumprimento do Código de Ética no seu serviço/unidade.	1	2	3	4	NS	NA
18. Medidas de prevenção de riscos profissionais existentes no local de trabalho.	1	2	3	4	NS	NA



19. Grau de motivação no seu trabalho?	1	2	3	4	NS	NA
20. Envolvimento / Participação nas atividades/eventos do serviço / Centro.	1	2	3	4	NS	NA
21. Divulgação dos programas/serviços do Centro junto dos profissionais.	1	2	3	4	NS	NA
22. De uma forma geral qual o seu grau de satisfação com a instituição?	1	2	3	4	NS	NA
23. Qual o seu grau de satisfação em relação ao valor do seu trabalho pela Instituição.	1	2	3	4	NS	NA
24. Sente-se disponível para aceitar novos desafios?	SIM				NÃO	
25. Recomendaria esta instituição a um familiar ou amigo como local de trabalho?	SIM				NÃO	

Sugestões de melhoria

--





Obrigado pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS VOLUNTÁRIOS

Caro voluntário(a) hospitaleiro(a), gostaríamos de saber em que medida está satisfeito com o seu voluntariado e, para tal, pedimos a sua colaboração no preenchimento do questionário seguinte. A sua opinião é importante para nós e só assim poderemos melhorar e aperfeiçoar as condições para o desenvolvimento das suas atividades.

Instruções de preenchimento:

- Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo;
- Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar **NS (Não sei)**;
- Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar **NA (Não se aplica)**;
- A resposta a este questionário é **anónima e confidencial** e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.

1	2	3	4	NS	NA
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não Sei	Não se Aplica
					

Qual o seu grau de satisfação relativamente a:

1. Conhecimento da missão e valores do Centro.	1	2	3	4	NS	NA
2. Prática dos princípios e valores assistenciais no Centro.	1	2	3	4	NS	NA
3. Instalações do Centro (espaços exteriores, unidades e sala do voluntário).	1	2	3	4	NS	NA
4. Acolhimento e informações dadas pelo Serviço de Voluntariado.	1	2	3	4	NS	NA
5. Facilidade e disponibilidade de comunicação com o responsável do Voluntariado.	1	2	3	4	NS	NA
6. Acolhimento pela unidade/serviço onde desenvolve a sua actividade.	1	2	3	4	NS	NA
7. Atividades desenvolvidas no exercício do seu voluntariado.	1	2	3	4	NS	NA
8. Participação nas atividades/festas do Centro.	1	2	3	4	NS	NA
9. Oportunidade para o desenvolvimento das suas competências pessoais.	1	2	3	4	NS	NA
10. Considera que a instituição o(a) integra como elemento da comunidade hospitaleira?						
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não						

11. Recomendaria esta instituição, a um amigo ou seu familiar, para o exercício do voluntariado?						
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não						





12. Apresente os seus comentários e sugestões de melhoria para os itens que identificou com menor grau de satisfação						

Data:

Obrigado pela sua colaboração

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES DA CONSULTA EXTERNA

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes, gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos, indicando o seu grau de satisfação.

<p>Instruções de preenchimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando o respectivo número com um círculo; - Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei); - Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica); - A resposta a este questionário é anónima e confidencial e será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos. 	1 Muito insatisfeito 	2 Insatisfeito 	3 Satisfeito 	4 Muito Satisfeito 	NS Não Sei	NA Não se Aplica
--	---	---	---	---	----------------------	----------------------------

Qual o seu grau de satisfação relativamente a:

1. RELATIVAMENTE AO MOMENTO DA ENTRADA NA INSTITUIÇÃO, CLASSIFIQUE O DESEMPENHO DO PESSOAL DA RECEPÇÃO/ SECRETARIADO ADMINISTRATIVO:						
1.1 Informação e encaminhamento	1	2	3	4	NS	NA
1.2 Disponibilidade	1	2	3	4	NS	NA
1.3 Cordialidade	1	2	3	4	NS	NA

2. ATENDIMENTO:						
2.1 Atendimento médico:						
2.1.1. Tempo de espera, em relação à hora marcada, até ser atendido	1	2	3	4	NS	NA
2.1.2. Esclarecimento e instruções sobre o plano terapêutico	1	2	3	4	NS	NA
2.1.3. Disponibilidade e cordialidade	1	2	3	4	NS	NA
2.2 Atendimento de enfermagem:						
2.2.1. Forma como foram atendidas as suas necessidades	1	2	3	4	NS	NA
2.2.2. Disponibilidade e cordialidade	1	2	3	4	NS	NA
2.3 Atendimento de outros profissionais						
2.3.1. Forma como foi acolhido	1	2	3	4	NS	NA
2.4 Limpeza e higiene das instalações	1	2	3	4	NS	NA
2.5 Ambiente e espaço físico	1	2	3	4	NS	NA
2.6. Concretização dos objectivos e expectativas perante o serviço de consulta externa	1	2	3	4	NS	NA

3. No caso de ter necessidade de marcar nova consulta, voltaria a esta Instituição?

☐ Sim ☐ Não

4. Se um familiar ou amigo seu precisasse, recomendaria esta instituição?

☐ Sim ☐ Não

5. O horário de atendimento satisfaz as suas necessidades?

☐ Sim ☐ Não Se não, qual o horário desejado? _____

6. APRECIÇÃO GLOBAL DO SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA	1	2	3	4	NS	NA
--	---	---	---	---	----	----

7. SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

7.1. Indique, por favor sugestões para melhoria deste serviço

Agradecemos a sua colaboração!



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DE ENTIDADES PARCEIRAS/ ENTIDADES FINANCIADORAS

Caracterização Geral da Entidade:	Entidade Parceira <input type="radio"/>	Entidade Financiadora <input type="radio"/>
-----------------------------------	---	---

De forma a melhorar os nossos serviços e a promover as relações de parceria, gostaríamos de contar com a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Assim, agradecemos que avaliasse o serviço que prestamos, indicando o seu grau de satisfação.

Instruções de preenchimento: - Para cada uma das afirmações, avalie o seu grau de satisfação, assinalando no respectivo número com um círculo; - Caso não saiba responder a alguma afirmação pode assinalar NS (Não sei) ; - Se a afirmação não se aplicar à sua situação pode assinalar NA (Não se aplica) ; - A resposta a este questionário será usada única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.	1 Nada Satisfeito 	2 Pouco Satisfeito 	3 Satisfeito 	4 Muito Satisfeito 	NS Não Sei	NA Não se Aplica
---	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------------

Qual o seu grau de satisfação relativamente a:

1. Facilidade e disponibilidade de comunicação com a Instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Clareza da definição dos objectivos da parceria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Envolvimento em eventos relevantes do Centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Conhecimento da missão, programas e serviços do Centro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avaliação conjunta do grau de concretização dos objectivos estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cumprimento das responsabilidades e compromissos da parceria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Resposta da Instituição às sugestões de melhoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Conhecimento sobre o desempenho da Instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. De uma forma geral, qual o seu grau de satisfação com a parceria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Considera a instituição um serviço respeitado e reconhecido na Comunidade pela sua qualidade e utilidade? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não						
11. Gostaria de aprofundar a relação de parceria estabelecida? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se sim, em que âmbito? _____						

Apresente os seus comentários e sugestões de melhoria para os itens que identificou com menor grau de satisfação

Data: _____

Obrigado pela sua colaboração